



GIUNTA REGIONALE

L'estensore

**Luigia Calcalario**

La Responsabile dell'Ufficio  
Controllo Qualità  
**Assente**

Il Dirigente del Servizio  
**Dott. Angelo Muraglia**

**DETERMINAZIONE n° DG17/13**

del **14/12/2010**

**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE**

**Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità**

**Ufficio Controllo Qualità**

**Oggetto** Costituzione Gruppo di Lavoro Regionale per l'elaborazione delle linee guida per la Carta dei Servizi delle Aziende Sanitarie Locali.

## IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

**PREMESSO** che:

- L'art. 14 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. fissa i principi per la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini. La norma investe tutti i temi cardine della "Carta dei Servizi" individuando nella personalizzazione, nell'umanizzazione, nel diritto all'informazione, nelle prestazioni alberghiere e nell'attività di prevenzione i principali fattori della qualità dei servizi sanitari;
- Il DPCM del 19/5/95 ha adottato uno schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi pubblici sanitari", seguito da Linee-guida (n. 2/95) finalizzate all'attuazione della Carta dei Servizi nel Servizio Sanitario Nazionale;
- La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/01/94, prevede che tutti i modelli di Carta dei Servizi devono contenere i principi fondamentali stabiliti dalla Direttiva su citata, di seguito richiamati:
  - ° Eguaglianza
  - ° Imparzialità
  - ° Continuità
  - ° Diritto di scelta
  - ° Partecipazione
  - ° Efficienza ed efficacia

**CONSIDERATO** che, la Carta dei Servizi deve essere elaborata annualmente dagli Uffici Relazione con il Pubblico in collaborazione con i coordinamenti delle associazioni di volontariato, parte attiva nelle Asl attraverso i Comitati Consultivi Misti;

**DATO ATTO** che l'adozione della Carta dei Servizi è un'occasione di crescita sociale del territorio che attraverso un cammino comune tra le ASL e gli utenti, si mettono in comune energie e idee, progetti e professionalità, saperi e risorse per promuovere una migliore qualità della vita;

#### **A TAL FINE**

- si ritiene di dar corso alla costituzione di un Gruppo di Lavoro che condurrà all'elaborazione delle linee guida per l'adozione della Carta dei Servizi
- che il gruppo di lavoro, coordinato dall'Ufficio Controllo Qualità, sarà composto dalle seguenti persone:

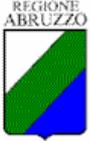
per l'Asl di Pescara	Ceccagnoli Maria Assunta
per l'Asl di Teramo	Bocci Lidia
per l'Asl di Lanciano-Vasto-Chieti	Gravina Massimiliano
	Ceccarossi Giustino
per l'Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila	Cerone Alessandra
	Incorvati Mario
	Tancredi Pierluigi
Dirigente del Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità	Angelo Muraglia
Funzionario addetto all'Ufficio Controllo Qualità	Luigia Calcalario

**VISTA** la L.R. n. 77/99;

#### ***DETERMINA***

*per tutto quanto in premessa*

1. di dare avvio alla costituzione di un Gruppo di Lavoro che condurrà all'elaborazione delle linee guida per l'elaborazione della Carta dei Servizi.
2. di approvare la costituzione del Gruppo di Lavoro come sopra descritto.
3. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo.
4. di trasmettere copia del presente atto ai Direttori Generali delle Asl regionali.



## **LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI**

### **1. Premessa – riferimenti normativi**

L'art. 14 del decreto legislativo 502/1992 e s.m. sul riordino della disciplina in materia sanitaria fissa alcuni principi in materia di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini che sono in assoluta coerenza con la ratio ispiratrice della "Carta dei servizi".

La norma investe, con l'autorevolezza della legge, tutti i temi cardine della "Carta dei servizi" individuando nella personalizzazione, nell'umanizzazione, nel diritto all'informazione, nelle prestazioni alberghiere e nell'andamento dell'attività di prevenzione i principali fattori della qualità dei servizi sanitari .

Successivamente con DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 Maggio 1995, (in Gazzetta Ufficiale 31 maggio 1995, n. 125) è stato adottato uno Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari", seguito da LINEE-GUIDA ( N. 2/95 ) finalizzate all'Attuazione della Carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale.

In tale ottica, dunque, le Aziende Sanitarie devono dotarsi di una Carta dei Servizi Sanitari in coerenza con le disposizioni normative realizzando un documento da interpretare in chiave dinamica, caratterizzato da elementi di personalizzazione rispetto alle singole realtà erogatrici, soggetto a continui momenti di verifica, miglioramenti e integrazioni.

Inoltre, nel rispetto della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, tutti i modelli di Carta dei Servizi sanitari devono contenere i principi fondamentali stabiliti dalla Direttiva citata, che di seguito si richiamano :

- Eguaglianza
- Imparzialità
- Continuità
- Diritto di scelta
- Partecipazione
- Efficienza ed efficacia

### **2. Disposizioni generali**

La Carta dei Servizi deve essere aggiornata (in stretta collaborazione con il Sistema Informatico Aziendale) ogni anno e deve essere disponibile al pubblico nei luoghi di accesso all'azienda, nelle aree di attesa, presso gli Uffici Relazione con il Pubblico e in ogni situazione in cui ne sia fatta richiesta da parte dei cittadini.

Essa può essere prodotta in formato elettronico, purché sia garantita la possibilità, qualora richiesta, di fornire copia cartacea all'utente, anche per singole porzioni in qualsiasi punto informativo o di accoglienza o di accesso all'azienda.

Si raccomanda chiarezza espositiva, sintesi delle informazioni e, soprattutto, sobrietà della veste grafica, che possa garantire facile riproducibilità ed aggiornamento del documento senza che ciò incida pesantemente sui costi aziendali.

Il Ministero della Sanità con le Linee Guida n°2/95 "Attuazione della Carta dei Servizi nel SSN" citate in premessa, ha delineato le quattro sezioni in base alle quali impostare lo sviluppo della Carta dei Servizi, esse sono:



1. Presentazioni dell'azienda sanitaria e principi fondamentali
2. Informazioni sulle strutture ed i servizi forniti
3. Standard di qualità, impegni e programmi
4. Meccanismi di tutela e di verifica

La Carta dei Servizi, in quanto strumento di dialogo tra azienda e cittadini, rappresenta un fondamentale strumento di comunicazione con cui la struttura sanitaria informa delle attività svolte, dei servizi disponibili, delle prestazioni erogate, degli orari degli ambulatori delle modalità di accesso, degli impegni presi con i cittadini in termini di garanzia del servizio, sia in ottica di funzionalità al sistema che di efficienza ed efficacia rispetto ai bisogni censiti ed alla ricognizione effettuata sulle aspettative.

Attraverso, quindi, la rielaborazione di materiale informativo, deve essere prodotto un documento completo, coerente con le politiche aziendali, semplice e di diretta interpretazione da parte di tutti coloro che, a vario titolo, utilizzano i servizi sanitari (Utenti, Dipendenti, Studenti, Istituzioni pubbliche e private, Medici Pediatri di base, MMG, Associazioni rappresentative dei cittadini).

### **3. Responsabilità**

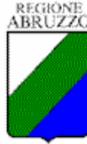
La Carta dei Servizi deve essere elaborata dagli Uffici Relazione con il Pubblico in collaborazione con i coordinamenti delle associazioni del volontariato, parte attiva nell'azienda attraverso i Comitati Consultivi Misti. Il risultato deve essere un documento pratico e di immediata operatività, improntato alla mutua collaborazione e frutto di una reale attività di concertazione e partecipazione.

Devono essere elaborate delle schede di raccolta dei dati uguali nei contenuti per tutte le unità operative e per tutti i servizi (schema allegato 1).

Bisogna assicurare che esista coerenza tra le informazioni fornite e sistema organizzativo centrale dell'azienda.

**I Referenti della Comunicazione di Dipartimento e i Responsabili delle singole Unità Operative sono responsabili della verifica della veridicità dei dati e la completezza delle informazioni.**

L'Ufficio Relazioni con il pubblico ha il compito di assemblare le schede, di coordinare le attività e di svolgere funzione di facilitatore nei rapporti di collaborazione tra servizi deputati alla elaborazione di indicatori di processo funzionali al monitoraggio della qualità dei servizi e delle prestazioni.



## **4. Le Sezioni della Carta dei Servizi**

### **4.1 Presentazioni dell'azienda sanitaria e principi fondamentali**

La Carta dei Servizi nella prima sezione deve prevedere la schematizzazione dell'organizzazione dell'azienda (organigramma), con indicazione dei servizi e delle Unità operative, con breve introduzione descrittiva della missione dell'Azienda.

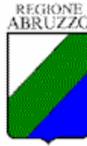
Inoltre deve indicare i numeri di telefono utili per gli utenti, tra cui non devono, comunque mancare:

- Centralino
- URP
- Ufficio Cartelle Cliniche
- Ufficio Accettazione Ammalati
- Cassa centrale
- CUP
- Farmacia
- Pronto soccorso medico
- Pronto soccorso chirurgico
- Direzione Generale
- Direzione Sanitaria di Presidio
- Direzione Amministrativa
- Servizi Sociali
- Distretti Sanitari
- Consultori
- Sert
- Dipartimento di prevenzione
- Dipartimento di salute mentale

Devono essere inserite indicazioni sulle modalità per raggiungere l'azienda. Qualora l'Azienda Sanitaria abbia una struttura che offra servizi e prestazioni distribuiti sul territorio in modo frastagliato, la Carta dei Servizi deve contenere indicazioni sulle modalità di raggiungimento dei diversi presidi o strutture ambulatoriali o, quanto meno, deve contenere indirizzi precisi.

Devono essere inserite indicazioni sui tipi di prestazioni erogate dall'azienda con relative modalità di accesso (con particolare attenzione all'indicazione dell'eventuale preparazione per l'esecuzione delle indagini diagnostiche, della documentazione da presentare all'accesso da parte degli utenti), differenziate per tipologia:

- Ricovero d'urgenza
- Ricovero ordinario
- Ricovero in day hospital e day surgery
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Attività di specialistica intramuraria
- Ospedalizzazione a domicilio
- Indice generale di tutte le prestazioni erogate dall'azienda



In relazione alle prestazioni erogabili ed in relazione alla tipologia delle stesse deve essere data indicazione delle eventuali modalità di pagamento.

Inoltre, qualora coerenti con la tipologia di Azienda, indicare le modalità di accesso a:

- Assistenza domiciliare
- Hospice
- Ospedali comunità
- Residenze Sanitarie Assistite
- Centri di riferimento di eccellenza
- Assistenza territoriale

Una pagina deve essere dedicata a tutte le attività o prestazioni erogate che, per l'importanza che rivestono in termini assistenziali e per la rarità della tipologia della prestazione erogata, necessitano congrua informazione agli utenti.

Deve essere data indicazione sull'assistenza religiosa garantita ai cittadini (cattolica ed eventualmente di altre confessioni).

Deve essere inserita, altresì, l'eventuale disponibilità di assistenza linguistica (interpretariato).

Devono essere evidenziati tutti i servizi accessori resi disponibili agli utenti.

Deve essere predisposta una scheda informativa delle funzioni svolte all'interno dell'azienda da uffici quali:

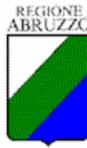
- URP
- Ufficio Verifica e Valutazione della qualità dei Servizi e delle Prestazioni
- Ufficio formazione e sviluppo professionale continuo
- Servizio Sociale.

#### **4.2 Informazioni sulle strutture ed i servizi forniti**

In questa Sezione devono essere inserite le schede descrittive delle singole Unità Operative e dei Servizi Sanitari.

Tali schede devono contenere informazioni relative:

- Nome e cognome del responsabile e, comunque, indicazione del medico di riferimento
- Numeri di telefono dei responsabili di attività assistenziali settoriali e delle attività infermieristiche
- Prestazioni erogate
- Modalità di prenotazione
- Orari di apertura
- Modalità di accesso al ricovero e/o di accesso alle prestazioni ambulatoriali



#### **4.2.1 Percorsi Assistenziali**

In questa Sezione l'Azienda deve inserire, almeno in relazione alle patologie croniche più diffuse, la descrizione del servizio erogato in modo funzionale a protocolli assistenziali orientati a garantire appropriatezza clinica. Ciò ancor più è indispensabile nel caso di percorsi assistenziali complessi, come, ad esempio, quelli correlati alla presa in carico del paziente con patologie oncologiche.

Inoltre, devono essere esplicitate le procedure di integrazione tra ospedale e territorio, in ordine alla capacità dell'Azienda di garantire continuità assistenziale correlata ad eventuali percorsi riabilitativi successivi al ricovero ospedaliero con specifiche dei relativi adempimenti procedurali da seguire per facilitare il cittadino nella gestione della fase correlata al pieno recupero funzionale.

#### **4.3 Standard di qualità, impegni e programmi**

In questa sezione l'azienda deve inserire indicatori di qualità concernenti sia le prestazioni che gli standard di erogazione di servizio.

Deve, altresì essere fatta espressa menzione dei programmi aziendali e degli impegni che l'azienda intende assumere nei confronti degli utenti in termini di monitoraggio dell'andamento del servizio, di attenzione alle esigenze degli utenti e di garanzia dei diritti.

#### **4.4. Meccanismi di tutela e di verifica**

Questa Sezione è interamente dedicata ai cittadini.

Deve essere inserita la Carta dei diritti e dei doveri degli utenti dei servizi sanitari.

Devono essere inserite indicazioni circa le associazioni di volontariato e gli organismi di tutela operanti nell'azienda.

Deve essere data informazione circa:

- Il volontariato
- Associazioni accreditate
- Associazioni convenzionate
- Organismi di tutela dei diritti
- Coordinamento associazioni ed organismi di tutela
- Comitato consultivo misto.

In particolare devono essere date indicazioni esaustive circa le relative funzioni, sedi legali e sedi all'interno dell'azienda, recapiti, rappresentanti legali.

Inoltre devono essere inseriti i regolamenti relativi ai Comitati Consultivi Misti, Commissioni Miste Conciliative e di Pubblica Tutela.

In Aziende ove esistano UO di Pediatria, deve essere inserita la Carta dei diritti del bambino, qualora adottata.



Devono essere inserite le schede per la raccolta dei reclami (scheda allegato2) e deve essere brevemente descritta la procedura di inoltro e processazione degli stessi da parte dell'azienda.

Devono essere, infine, evidenziate le diverse modalità a disposizione dell'utente per la presentazione del reclamo.

## **5. Procedure di verifica**

Una volta nel corso dell'anno, deve essere convocata la Conferenza dei Servizi, presieduta dal Direttore Generale che avrà lo scopo di informare sull'andamento generale delle attività dell'Azienda e in particolar modo dovrà far riferimento alla verifica inerente l'attualità delle informazioni di carattere generale ed al monitoraggio circa il rispetto degli impegni assunti e degli standard indicati nella Carta dei Servizi. A tal fine l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, riferisce al Direttore Generale sull'andamento delle attività aziendali relative ai programmi di miglioramento e ne dà comunicazione al Comitato Consultivo Misto.

Le osservazioni e/o proposte emerse nel corso della Conferenza, saranno considerate ai fini dell'aggiornamento degli obiettivi e degli standard previsti dalla Carta dei Servizi, parimenti esse potranno dar luogo a provvedimenti di modifica dell'organizzazione e delle procedure interne all'Azienda.





**SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI**  
**ASL DI.....**

ALL 1

**MODULO 2 - PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

<i>Prestazione</i>	<i>Tipo di richiesta</i>	<i>Prenotazione</i>	<i>Ticket</i>	<i>Giorni</i>	<i>Orari</i>	<i>Ubicazione ambulatorio</i>	<i>Moduli da compilare</i>	<i>Esami ematochimici o altri esami</i>	<i>Preparazione del paziente</i>	<i>Altro</i>

La legenda per la compilazione è indicata nella pagina successiva. Nel caso in cui le prestazioni rese dalla Vs. Unità Operativa non possano essere ricomprese in questo modulo, in ragione della loro specificità, Vi preghiamo di voler aggiungere le ulteriori informazioni nel Modulo 6.



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI ASL DI.....

ALL 1

### MODULO 2 – PRESTAZIONI AMBULATORIALI

#### LEGENDA :

**Prestazione:** indicare il nome esatto della prestazione (es. Risonanza magnetica, TAC, Radiografia)

**Tipo di richiesta:** indicare se è necessaria, e da chi deve essere compilata (medico curante o specialista)

**Prenotazione:** indicare se necessaria e dove deve essere effettuata (CUP, Reparto)

**Ticket:** indicare se dovuto e dove deve essere versato

**Giorni:** indicare se la prestazione viene effettuata tutti i giorni, o in determinati giorni della settimana

**Orari:** indicare il range orario in cui viene effettuata la prestazione

**Ubicazione ambulatorio:** indicare il luogo dove avviene la prestazione

**Moduli da compilare:** indicare se il paziente deve portare con sé eventuali moduli compilati, indicare da chi devono essere compilati (medico o paziente), allegare i moduli da compilare.

**Esami ematochimici o altri esami:** indicare se il paziente deve aver effettuato analisi o altri esami per potersi sottoporre alla prestazione

**Preparazione del paziente:** indicare se il paziente deve presentarsi all'appuntamento in determinate condizioni fisiche (a digiuno, a vescica piena, ecc.)

**Altro:** indicare eventuali altri adempimenti che il paziente deve compiere per potersi sottoporre alla prestazione.



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

ASL DI.....

ALL 1

### MODULO 3 – STANDARD DI QUALITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Indicare, rispetto alle variabili sotto definite, quali sono gli standard di qualità che l'Unità Operativa garantisce:

#### TEMPO:

- Rispetto orario dell'appuntamento
- Tempi di restituzione del referto

---

---

---

---

---

#### ORIENTAMENTO E ACCOGLIENZA:

- Chiarezza della segnaletica e servizio di orientamento
- Comfort della sala d'attesa
- Pulizia e facilità di accesso ai servizi igienici
- Comfort dello spogliatoio e dell'ambulatorio

---

---

---

---

---

#### INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO SANITARIO:

- Chiarezza
- Completezza
- Comprensibilità

---

---

---

---

---

#### RELAZIONI CON IL PERSONALE:

- Cortesia
- Rispetto della dignità del paziente



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

ASL DI.....

ALL 1

- Personalizzazione del trattamento

---

---

---

---

---

### MODULO 4 – IL RICOVERO

Indicare le tipologie di ricovero<sup>1</sup> che il Reparto prevede:

URGENTE             SI     NO

ORDINARIO         SI     NO

PROGRAMMATO     SI     NO

DAY HOSPITAL      SI     NO

DAY SURGERY      SI     NO

DAY SERVICE       SI     NO

Se si prevede il Day Hospital/Day Surgery/ Day Service, indicare che tipo di prestazioni vengono erogate in tale regime e le modalità di accesso al servizio:

---

<sup>1</sup> Per RICOVERO URGENTE si intende quello disposto dal medico di guardia al Pronto Soccorso; per RICOVERO ORDINARIO si intende quello disposto dal medico di reparto preposto all'accettazione che, valutata la reale necessità, provvede al ricovero in caso di disponibilità di posti letto o all'inserimento nella lista dei propri ricoveri programmati; per RICOVERO PROGRAMMATO si intende quello proposto dal medico ospedaliero, dal medico di famiglia, dal medico della guardia medica territoriale, da un medico specialista. L'Ospedale deve predisporre un "registro dei ricoveri ospedalieri ordinari" contenente l'elenco delle attività svolte, nonché i tempi massimi di attesa per ciascun reparto e per le principali patologie. Il mancato rispetto dei tempi d'attesa deve essere sempre motivato



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

ASL DI.....

ALL 1

Indicare il n° di posti letto e le camere a pagamento di cui il Reparto dispone:

POSTI LETTO N° .....

CAMERE A PAGAMENTO N° .....

### MODULO 5 – STANDARD DI QUALITA' RELATIVI AL RICOVERO

Indicare, rispetto alle variabili sotto definite, quali sono gli standard di qualità che l'Unità Operativa garantisce in caso di **RICOVERO ORDINARIO** e **PROGRAMMATO**:

- Tempo di attesa per il ricovero
- Informazioni preventive sul ricovero
- Accoglienza all'ingresso e documentazione sui servizi

Indicare, rispetto alle variabili sotto definite, quali sono gli standard di qualità che l'Unità Operativa garantisce durante la **DEGENZA**:

#### PRESTAZIONI ALBERGHIERE:

- Pulizia dei servizi igienici



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

ASL DI.....

ALL 1

- Comfort all'interno delle stanze
- Regolarità dei cambi di biancheria
- Orari e modalità di distribuzione dei pasti

### ASSISTENZA SANITARIA:

- Informazioni al paziente sui trattamenti terapeutici
- Regolarità delle visite mediche in corsia
- Tempi di attesa per accertamenti e condizioni di accesso
- Consenso ad essere sottoposti a trattamenti diagnostici o terapeutici

### RELAZIONI CON I FAMILIARI:

- Accessibilità ai familiari e orari delle visite
- Possibilità di assistenza continua e notturna da parte di un familiare o altri
- Informazioni ai familiari sulle condizioni di salute del paziente

### RELAZIONI CON IL PERSONALE:

- Visibilità del tesserino di riconoscimento
- Cortesia e rispetto della dignità del paziente
- Personalizzazione dell'assistenza
- Riservatezza
- Rispetto della privacy



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

ASL DI.....

ALL 1

Indicare, rispetto alle variabili sotto definite, quali sono gli standard di qualità che l'Unità Operativa garantisce al momento delle **DIMISSIONI**:

### ASPETTI SANITARI:

- Informazioni al paziente e consegna di relazione clinica
- Consegna dei farmaci per continuare eventuale terapia domiciliare
- Programmazione visite di controllo

### ASPETTI AMMINISTRATIVI:

- Semplicità di ottenimento della cartella clinica
- Tempo di rilascio della cartella clinica
- Semplicità di altri eventuali adempimenti amministrativi

## MODULO 6 – INFORMAZIONI AGGIUNTIVE







## REGIONE ABRUZZO

ASL DI.....

**UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

--	--

<b>DATA</b>	<b>FIRMA</b>
-------------	--------------

Ricevuto da _____ (FIRMA DELL'OPERATORE URP)
--



## REGIONE ABRUZZO

ASL DI.....

### UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

## INFORMAZIONE PER L'UTENTE

L'Azienda USL di Pescara garantisce la funzione di tutela nei confronti del cittadino anche attraverso la possibilità di sporgere reclamo in conseguenza di un disservizio subito. In tutte le Unità Operative / Servizi / Uffici è presente all'ingresso la relativa modulistica. Le segnalazioni saranno utili per conoscere e capire gli eventuali problemi esistenti e prevedere gli interventi per migliorare i servizi offerti al cittadino.

Il cittadino può presentare reclamo, entro 15 giorni dal momento in cui abbia subito o avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo, con le seguenti modalità:

- Compilazione del modulo prestampato "Scheda di Segnalazione", indicando l'Unità operativa/Servizio/Ufficio verso cui è rivolto il reclamo e, in forma esaustiva ma concisa, il motivo dello stesso;
- lettera in carta semplice, indirizzata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e spedita per posta ordinaria, fax, posta elettronica o consegnata a mano;
- per telefono all'URP;
- presentandosi direttamente all'URP, fornendo oralmente le proprie segnalazioni, cui seguirà la compilazione della "Scheda di segnalazione".

La scheda di reclamo, se presentata direttamente, viene protocollata dal personale dell'URP e consegnata in copia all'utente.

Le schede reclamo sono riepilogate in un apposito "Registro Reclami" con numerazione progressiva.

Il Responsabile dell'URP provvede, quindi, a gestire il reclamo in conformità alle prescrizioni di legge, trasmettendo copia della segnalazione alla Direzione dell'Unità Operative / Servizi / Uffici, che apre un'istruttoria per valutare le cause che hanno determinato il reclamo.

Definite ed identificate le cause del reclamo, il Responsabile della Struttura interessata risponde all'URP spiegando i motivi che hanno determinato il problema o disservizio, indicando le Azioni Correttive immediate intraprese o da intraprendere per la risoluzione del problema.

A chiusura del reclamo, il Responsabile dell'URP comunica all'utente le conclusioni e l'esito dello stesso.



## REGIONE ABRUZZO

ASL DI.....

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

### CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

#### Informativa ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (art. 13)

Gent.ma Signora/Egr. Signore, la normativa sulla privacy richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento dei dati personali, sensibili, giudiziari, da Lei forniti con la presente segnalazione. A tal fine la informiamo che i dati da Lei forniti:

1. saranno utilizzati da dipendenti di questa ASL, sia responsabili sia incaricati del trattamento dei dati, nell'ambito delle proprie competenze;
2. saranno trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/03 e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi;
3. saranno utilizzati per la seguente finalità: gestione amministrativa delle segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (art. 73, comma 2, lettera g) del D. Lgs. 196/03). Questi dati saranno conservati in un archivio, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione;
4. non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

Si comunica inoltre che:

1. il conferimento dei dati è facoltativo e il loro eventuale mancato conferimento non precluderà la gestione del reclamo;
2. il titolare del trattamento è **Azienda UsI** ..... **Via**..... **n**..... **città**.....
3. il responsabile del trattamento è il Direttore Sanitario (per le funzioni proprie);
4. L'art. 7 del D. Lgs. 196/03, che per Sua comodità di seguito riportiamo, Le riconosce alcuni diritti in ordine al trattamento.

#### Art. 7 - DIRITTI DELL'INTERESSATO

- L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile
- L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  1. dell'origine dei dati personali;
  2. delle finalità e modalità del trattamento;
  3. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  4. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  5. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge ...
- L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, fornitemi ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003

io sottoscritto .....

nato a..... il .....

residente a .....

#### **ESPRIMO IL MIO CONSENSO**

al trattamento dei miei dati personali, sensibili e giudiziari, esclusivamente ai fini della gestione amministrativa delle segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nell'ambito delle funzioni attribuite alla Azienda Asl Pescara

Data .....

FIRMA leggibile\_\_\_\_\_



## REGIONE ABRUZZO

ASL DI.....

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

#### VALUTAZIONE DEL RECLAMO E ANALISI DELLE CAUSE

IL RECLAMO :  E' FONDATO  NON E' FONDATO

DATA

FIRMA

#### GESTIONE IMMEDIATA DEL RECLAMO (TRATTAMENTO)

TELEFONO

LETTERA

ALTRO

DA INOLTARE A:

DATA PREVISTA VERIFICA ATTUAZIONE  
ENTRO IL:

DATA PREVISTA VERIFICA DI EFFICACIA  
ENTRO IL:

DATA

FIRMA

#### IL TRATTAMENTO È STATO ATTUATO?

DATA

FIRMA

#### IL TRATTAMENTO È STATO EFFICACE?

DATA

FIRMA

**SI RITIENE OPPORTUNO ATTIVARE AZIONE CORRETTIVA/PREVENTIVA?  
(INSERIRE I RIFERIMENTI)**

**INFORMAZIONI ALL'UTENTE  
(INSERIRE I RIFERIMENTI)**



## REGIONE ABRUZZO

ASL DI.....

### UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO REALZIONI CON IL PUBBLICO

#### TIPOLOGIA RECLAMI:

1. Tempo (tempo d'attesa prenotazioni – code agli sportelli – orari appuntamenti non rispettati – tempo restituzione referti – tempo d'attesa ricoveri)
2. Info relative al trattamento sanitario (consenso informato) e relative ai servizi e normative
3. Accoglienza e prestazioni alberghiere (strutture sporche – mancanza/inadeguatezza servizi igienici – assenza di adeguata segnaletica)
4. Umanizzazione e aspetti relazionali
5. Assistenza sanitaria (errori medici/infermieristici/diagnostici e cmq legati alla prestazione sanitaria ricevuta)
6. Mancate prestazioni (sia di tipo sanitario che amministrativo, es. non risposta al numero prenotazioni telefoniche o prestazioni sanitaria non eseguita per qualsiasi ragione)
7. Mancato rispetto della Privacy
8. Mancato rispetto del diritto ad evitare la sofferenza
9. Aspetti burocratici/amministrativi

ELENCO CODICI CENTRO DI COSTO DELLE VARIE UNITA' OPERATIVE E LORO DESCRIZIONE

CODICE U.O.	STRUTTURA	RESPONSABILE U.O.
-------------	-----------	-------------------



---

**SCHEMA DI**  
**REGOLAMENTO DEI COMITATI CONSULTIVI MISTI**

**ALL. B**

**COMITATO CONSULTIVO MISTO (CCM)**

*La partecipazione delle Associazioni e Organismi di tutela, è funzionale al miglioramento della qualità dei servizi ed è strutturata attraverso la costituzione del Comitato Consultivo Misto.*

*Tale Comitato in realtà sostanzia un'occasione d'incontro sistematico fra le Associazioni e la Direzione Generale.*

*In tali incontri si assumono decisioni e impegni che concretano le intese rese note in occasione della Conferenza dei Servizi.*

*Il Regolamento, strutturando l'Assemblea delle Associazioni di Volontariato in un Coordinamento Operativo, vuole assolvere lo scopo di integrare e coordinare le attività delle diverse Associazioni e di stimolare la loro partecipazione sicché le riunioni del Comitato Consultivo Misto siano l'esito di un'attività istruttoria di studio e ricerca consolidata.*

**COMPONENTI CCM**

- 1. Direttore Generale – o suo delegato - Presidente*
- 2. Direttore Amministrativo – o suo delegato*
- 3. Direttore Sanitario – o suo delegato*
- 4. Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico –*
- 5. Presidenti Associazioni di Volontariato e Organismi di Tutela*

***Presidente -***

*Direttore Generale*

***Ufficio di Segreteria –***

*Responsabile URP*

*n. 2 rappresentanti Associazioni*

*n. 1 rappresentante Azienda*

***Assemblea -***

*Associazioni*

*Azienda*

**Coordinamento Operativo –**  
*5 rappresentanti Associazioni*  
*1 rappresentante Azienda*

## **ARTICOLO 1** **Istituzione del Comitato Consultivo Misto**

*In attuazione dei principi di cui all'art.14 del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche è istituito presso ciascuna Azienda Sanitaria Locale della Regione Abruzzo., il Comitato Consultivo Misto (di seguito denominato CCM.).*

*Ferma restando l'autonomia delle singole Associazioni, il CCM rappresenta un momento d'incontro in cui periodicamente:*

- le Associazioni di Volontariato e gli Organismi di Tutela regolarmente iscritti al Registro Regionale (L.R. n. 37/93 e smi) inquadrati nel settore socio-sanitario o settore sicurezza sociale, che operino continuativamente e regolarmente da almeno 5 (cinque) anni nel territorio di competenza dell'Asl provinciale e che siano in grado di comprovare la loro attività. Esse espongono collegialmente le esigenze dei cittadini-utenti e propongono strategie e strumenti per il rispetto dei diritti dei cittadini ed il miglioramento della qualità dei servizi;*
- l'Azienda presenta obiettivi e strategie finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi erogati e promuove la collaborazione delle Associazioni ed Organismi di Tutela per la loro realizzazione.*

## **ARTICOLO 2** **Compiti**

*I CCM hanno il compito di verificare il grado di coinvolgimento delle Aziende nel miglioramento dei servizi e della qualità della comunicazione col cittadino per quanto concerne:*

*. l'attuazione delle metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell'utente, anche attraverso formalizzati collegamenti con l'URP e l'Ufficio Qualità;*

*. le iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza e/o iniziative di educazione e promozione della salute e di protezione dal rischio;*

*. l'attuazione delle proposte di miglioramento conseguenti l'analisi e la valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell'utente;*

*. l'aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale e il mantenimento degli impegni assunti dall'Azienda nella Carta dei Servizi.*

*L'Azienda SL a tal fine informa e coinvolge il CCM sulle indagini della qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino che intende realizzare e analizzare insieme al CCM gli esiti e le criticità.*

*Restano ferme naturalmente la responsabilità e le prerogative della Direzione Aziendale sulla scelta finale di effettuare tali rilevazioni, sui soggetti a cui affidarle sulle competenze tecniche e specialistiche e di esperienza da mettere in campo per realizzarle.*

### **ARTICOLO 3**

#### **Attività**

*Per l'adempimento delle funzioni precedentemente descritte possono essere sviluppate le seguenti attività:*

- . esame di documenti e normativa;*
- . espressione di pareri;*
- . attivazione di gruppi di lavoro ad obiettivo;*
- . confronto con esperti;*
- . partecipazione ad attività formative interne o rivolte ad utenti;*
- . promozione e realizzazione di incontri con i cittadini sui progetti del CCM e sui risultati raggiunti con la propria attività;*
- . partecipazione alla definizione dei bisogni di salute della popolazione ed alla progettazione dei servizi;*
- . partecipazione ad attività aziendali di indagine sulla soddisfazione dei cittadini;*
- . promozione e realizzazione di attività di verifica autogestite precedentemente concordate con l'Azienda*
- . partecipazione al monitoraggio dei segnali di disservizio e rilevazione di criticità emergenti;*
- . proposte di progetti di miglioramento e consulenza nella loro realizzazione;*
- . attività d'ispezione con e senza preavviso, senza intralciare il lavoro di assistenza secondo modalità concordate con la Direzione Aziendale, nell'ambito di una specifica programmazione*
- . partecipazione alla definizione, alla rilevazione e all'analisi di indicatori aziendali per la valutazione della qualità dal lato dell'utente, precedentemente concordate con l'azienda.*

### **ARTICOLO 4**

#### **Reciproca collaborazione e responsabilizzazione**

*Nell'ottica di reciproca collaborazione e responsabilizzazione, la Direzione Aziendale informa i CCM su iniziative in materia di miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari, favorisce la conoscenza di documenti di programmazione regionale ed aziendale (tra cui il Bilancio preventivo e consuntivo), tiene conto dei pareri del CCM, finalizzati al rispetto della dignità e della privacy della persona e del globale miglioramento della qualità dalla parte del cittadino.*

*I CCM dal canto loro sono tenuti alla riservatezza sui temi trattati, rispettando la riservatezza come segreto d'ufficio inerente il CCM, al rispetto degli impegni di partecipazione assunti nei progetti di valutazione e miglioramento della qualità*

*dell'assistenza, in termini di umanizzazione e personalizzazione, oltre che al rispetto della privacy dei singoli cittadini e delle esigenze organizzative.*

## **ARTICOLO 5**

### **Composizione del Comitato Consultivo Misto – Modello organizzativo**

*Il CCM. è composto da:*

*Direttore Generale;*

*Direttore Amministrativo;*

*Direttore Sanitario;*

*Responsabile U.R.P.;*

*Associazioni di Volontariato e Organismi di Tutela.*

*L'Azienda, anche su proposta delle Associazioni di Volontariato ed Organismi di Tutela, può invitare alle riunioni Dirigenti dell'Azienda, esperti o rappresentanti di altri Organismi specificatamente significativi per gli argomenti affrontati.*

*Ogni Associazione/Organismo può esprimere una sola rappresentanza all'interno del Comitato.*

*In ordine a ciascun tema all'ordine del giorno un rappresentante delle Associazioni o Organismi di Tutela, debitamente individuato, espone la posizione o le posizioni delle Associazioni e degli Organismi di Tutela accreditati e le eventuali strategie operative.*

*Al dibattito che consegue possono intervenire, secondo l'ordine di iscrizione a parlare, tutte le Associazioni e gli Organismi di Tutela presenti.*

*I lavori del CCM sono aperti al pubblico.*

*L'Associazione di Volontariato/Organismo il cui rappresentante non si presenti alle riunioni del Comitato, senza giustificato motivo, per tre volte consecutive, decade dal CCM.*

*Il Comitato resta in carica per tre anni e deve essere ricostituito entro tale termine. Il Comitato decade se la metà dei rappresentanti delle associazioni rassegna le dimissioni.*

## **ARTICOLO 6**

### **Il Presidente del Comitato Consultivo Misto**

*Le funzioni di Presidente del CCM sono svolte dal Direttore Generale dell'Azienda o da un suo delegato.*

*Il Presidente **convoca** il Comitato quattro volte l'anno o su richiesta di almeno la metà più uno delle Associazioni.*

*Il Presidente:*

*- **concorda**, in occasione della prima riunione, il calendario annuale degli incontri;*

- *fissa l'ordine del giorno d'intesa con l'Ufficio di Segreteria;*
- *presiede* gli incontri, designando un delegato ove impossibilitato.

## ARTICOLO 7

### Ufficio di Segreteria del Comitato Consultivo Misto

*Il CCM si avvale di un Ufficio di Segreteria così costituito:*

- *Il responsabile URP in rappresentanza dell'Azienda*
- *n.2 rappresentanti delle Associazioni di Volontariato ed Organismi di Tutela accreditati indicati dall'Assemblea delle Associazioni*
- *n.1 dipendente amministrativo ASL;*

*L'Ufficio ha il compito di:*

*. aggiornare gli elenchi delle Associazioni di Volontariato ed Organismi di Tutela sulla base delle comunicazioni della Direzione dell'Azienda;*

*. convocare su mandato del Presidente del Comitato, di norma, una volta ogni tre mesi, mediante avviso per fax, per e mail o per lettera, contenente il luogo, la data, l'ora della riunione e l'ordine del giorno programmato. Saranno allegati i documenti necessari e utili alla discussione. La convocazione deve essere inviata almeno 7 giorni prima della data fissata per la riunione.*

*. verificare durante le sedute le deleghe conferite dalle Associazioni e registrare l'ordine degli interventi;*

*. raccogliere le proposte per la formazione dell'ordine del giorno;*

*. redigere i verbali delle riunioni inserendoli in apposito registro;*

*. provvedere a registrare le assenze ingiustificate ai fini della decadenza;.*

*L'Ufficio di Segreteria redige la relazione finale per la Conferenza dei Servizi sottoponendola all'approvazione del Comitato a maggioranza semplice dei componenti presenti.*

## ARTICOLO 8

### Individuazione delle Associazioni di volontariato e degli Organismi di Tutela

*Le associazioni di Volontariato e gli Organismi di Tutela regolarmente iscritti al Registro Regionale (L.R. n. 37/93 e smi) inquadrati nel settore socio-sanitario o settore sicurezza sociale, che operino continuativamente e regolarmente da almeno 5 (cinque) anni nel territorio di competenza dell'Asl provinciale e che siano in grado di comprovare la loro attività, ferma restando l'autonomia per il perseguimento dei propri fini statutari, intendono garantire come soggetti sociali il proprio contributo alla programmazione, organizzazione e verifica degli interventi che abbiano come finalità il miglioramento dei servizi all'interno delle strutture sanitarie, fanno richiesta di inserimento nel CCM delle Aziende Sanitarie.*

*Per ottenere l'inserimento le Associazioni devono presentare alle ASL domanda di partecipazione al CCM, che l'ASL avrà cura di pubblicare unitamente al Bando di reclutamento.*

**ARTICOLO 9**  
**Assemblea delle Associazioni di Volontariato ed Organismi di Tutela –**  
**Funzionamento**

*L'Assemblea è costituita dai legali rappresentanti di tutte le Associazioni di Volontariato ed Organismi di Tutela accreditate presso l'Azienda Sanitaria, o da loro delegati più un rappresentante dell'Azienda di diritto nominato dal Direttore Generale.*

*L'Azienda, in fase di prima attuazione, convoca la prima riunione dopo aver esaminato le istanze di partecipazione e la relativa documentazione.*

*Le riunioni dell'Assemblea sono valide con la maggioranza semplice della metà più uno degli Organismi accreditati.*

*Nelle riunioni elettive occorre, per la validità, la maggioranza qualificata dei due terzi degli Organismi accreditati.*

*Le decisioni vengono adottate con la maggioranza semplice dei presenti.*

*L'Assemblea si riunisce:*

- **ordinaria** almeno ogni tre mesi e
- **straordinaria** su richiesta della metà più uno degli Organismi che la compongono.

*L'Assemblea, nella prima riunione, elegge al suo interno 5 rappresentanti delle associazioni che costituiscono il Coordinamento Operativo di cui al successivo art.11 insieme ad un rappresentante dell'Azienda.*

*L'Assemblea si riunisce nei locali messi a disposizione dall'Azienda.*

**ARTICOLO 10**  
**Funzioni dell'Assemblea**

*L'Assemblea:*

- *indica 2 componenti che, in rappresentanza delle Associazioni di Volontariato e degli Organismi di Tutela, fanno parte dell'Ufficio di Segreteria del CCM.;*
- *elegge i 5 Componenti costituenti il Coordinamento Operativo;*
- *concorre a definire l'ordine del giorno del CCM facendo pervenire all'Ufficio di Segreteria dello stesso le proprie proposte in ordine alle priorità da trattare;*
- *indica per ciascun tema da trattare nel CCM. un proprio rappresentante cui delegare il compito di relazionare sull'argomento;*
- *richiede, su proposta di metà più uno delle Associazioni ed Organismi accreditati, la convocazione straordinaria del CCM.;*
- *promuove la partecipazione alle riunioni del CCM di esperti per la trattazione di particolari tematiche;*

**ARTICOLO 11**  
**Coordinamento Operativo**

*Il Coordinamento Operativo, costituito da 6 componenti (5 rappresentanti delle Associazioni e 1 rappresentante dell'Azienda) dura in carica un anno e può essere rieletto.*

*Il Coordinamento, nella prima riunione dopo l'elezione, designa al suo interno un Presidente ed un Segretario per lo svolgimento delle proprie attività.*

*Il Coordinamento Operativo ha il compito:*

- . di convocare le riunioni ordinarie e straordinarie;*
- . di portare all'esame dell'Assemblea le mozioni, i temi, i problemi, le proposte per l'approvazione collegiale;*
- . di reperire e predisporre il materiale documentale utile per il dibattito;*
- . di redigere i verbali delle riunioni dell'Assemblea;*
- . di mantenere funzionali i collegamenti con il CCM.;*

**ARTICOLO 12**  
**Revoca del Coordinamento Operativo**

*Le Associazioni di Volontariato e gli Organismi di Tutela accreditati possono, a maggioranza di due terzi, chiedere lo scioglimento anticipato del Coordinamento Operativo e procedere a nuova elezione.*

**ARTICOLO 13**  
**Modalità di approvazione del Regolamento**

*Il presente Regolamento viene approvato dall'Azienda con atto formale.*



ALL. 3B

**SCHEMA DI  
BANDO**

*per le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti, per l'ammissione a far parte dei Comitati Consultivi Misti, delle Commissioni Miste Conciliative e dei Progetti di collaborazione delle ASL Regionali*

*Le domande di partecipazione, sulla base dell'allegato modello, devono essere spedite con raccomandata AR o consegnate all' Ufficio Protocollo – ASL di.....*

*Via ..... n. .... - Telefono URP -.....*

*CAP .....*

*Città .....*

*dal giorno \_\_\_\_\_*

*al giorno \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_*

***Le funzioni fondamentali dei Comitati Consultivi Misti sono:***

*. assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi*

*. promuovere l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello regionale, sentiti gli organismi di partecipazione dell'utenza;*

*. sperimentare indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello aziendale, che tengano conto di specificità locali;*

*. utilizzare la sperimentazione sulle modalità di raccolta e analisi dei segnali di disservizio.*

*Con riferimento a tali funzioni i CCM, hanno il compito di verificare il grado di coinvolgimento delle Aziende nel miglioramento dei servizi e della qualità della comunicazione col cittadino per quanto concerne:*

*. l'attuazione delle metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell'utente, anche attraverso formalizzati collegamenti con l'URP e l'Ufficio Qualità;*

- . le iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza e/o iniziative di educazione e promozione della salute e di protezione dal rischio;
- . l'attuazione delle proposte di miglioramento conseguenti l'analisi e la valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell'utente;
- . l'aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale e il mantenimento degli impegni assunti dall'Azienda nella Carta dei Servizi.

Per l'adempimento delle funzioni precedentemente descritte possono essere sviluppate le seguenti attività:

- . esame di documenti e normativa;
- . espressione di pareri;
- . attivazione di gruppi di lavoro ad obiettivo;
- . confronto con esperti;
- . partecipazione ad attività formative interne o rivolte ad utenti;
- . promozione e realizzazione di incontri con i cittadini sui progetti del CCM e sui risultati raggiunti con la propria attività;
- . partecipazione alla definizione dei bisogni di salute della popolazione ed alla progettazione dei servizi;
- . partecipazione ad attività aziendali di indagine sulla soddisfazione dei cittadini;
- . promozione e realizzazione di attività di verifica autogestite precedentemente concordate con l'Azienda
- . partecipazione al monitoraggio dei segnali di disservizio e rilevazione di criticità emergenti;
- . proposte di progetti di miglioramento e consulenza nella loro realizzazione;
- . attività di ispezione con e senza preavviso, senza intralciare il lavoro di assistenza secondo modalità concordate con la Direzione Aziendale, nell'ambito di una specifica programmazione
- . partecipazione alla definizione, alla rilevazione e all'analisi di indicatori aziendali per la valutazione della qualità dal lato dell'utente, precedentemente concordate con l'azienda.

**Il Comitato Consultivo Misto Aziendale è composto dai Rappresentanti o delegati di:**

- . Direttore Generale;
- . Direttore Amministrativo;
- . Direttore Sanitario;
- Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Responsabili delle Associazioni di Volontariato e Organismi di Tutela accreditati

**Il Direttore Generale assicura la presenza di esperti, del responsabile del servizio o del dipartimento di cui si discute all'OdG specifico di quella convocazione.**

*Nel CCM Aziendale è prevista la maggioranza di componenti appartenenti ad associazioni di volontariato, di tutela dei diritti degli utenti, regolarmente iscritte nel Registro Regionale (L.R. n. 37/93 e smi) nel settore socio-sanitario o settore sicurezza sociale, che operino continuativamente e regolarmente da almeno 5 (cinque) anni nel territorio di competenza dell'Asl provinciale e che siano in grado di comprovare la loro attività.*

*Nel caso in cui uno dei membri non rivesta più il ruolo per cui è stato nominato, immediatamente decade e viene sostituito dall'Associazione che lo ha designato.*

*La mancata partecipazione alle riunioni del CCM per più di 3 volte consecutive, senza giustificato motivo, comporta la decadenza dall'incarico.*

*Il supplente partecipa alle riunioni con facoltà di voto, in sostituzione del titolare.*

*La durata degli incarichi è triennale.*

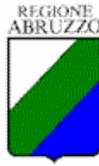
*I CCM si riuniscono presso la sede della ASL di ..... che sarà di volta in volta indicata dalla Segreteria del Comitato CM*

*Per informazioni è possibile rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico – Via .....n. .... – cap.....città ..... – tel. e fax ..... – email: ..... dalle ore..... alle ore ..... dal ..... al .....*

*Il Direttore Generale*

*ASL .....*

*(Dr.....)*



---

***RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI COMITATI CONSULTIVI MISTI, ALLE COMMISSIONI MISTE CONCILIATIVE E AI PROGETTI DI COLLABORAZIONE DELLE ASL REGIONALI***

*Denominazione:*

*Sigla:*

*Codice Fiscale o Partita IVA:*

*Scopi e fini dell'Associazione (in sintesi):*

*Registrazione nel registro regionale(L.R. n. 37/93 e smi):*

*numero*

*data*

*estremi dell'atto*

*settore d'intervento*

*documentazione dell'attività quinquennale svolta:*

*Destinatari dell'intervento:*

*Sede sociale:*

*Sede/i operativa/e nelle ASL di::*

*Recapito telefonico:*

*Data di costituzione:*

*Statuto vigente ed iniziale, se diversi (da allegare entrambi in copia)*

*Organi statutari:*

Organo che elegge la Rappresentanza sociale: \_\_\_\_\_

Metodo di elezione (allegare il verbale dell'ultima Assemblea nella quale sono stati eletti gli Organi in carica):

\_\_\_\_\_

Data di scadenza degli Organi della Rappresentanza sociale: \_\_\_\_\_

Elenco nominativo dei componenti gli attuali Organi (nome, cognome, carica ricoperta, indirizzo, recapito telefonico ed eventuale e-mail):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero di soci aventi diritto al voto:

\_\_\_\_\_

N° di volontari operanti, ad oggi: \_\_\_\_\_

Modalità di intervento: \_\_\_\_\_

Strutture e mezzi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Precedenti convenzioni:

SI

NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonti di finanziamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In fede.

Data \_\_\_\_\_

**Il Presidente**  
**TIMBRO**  
**DELL'ASSOCIAZIONE**



---

ALL.C

## **SCHEMA DI REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA**

### **FINALITA' DELLA PUBBLICA TUTELA**

Il presente Regolamento disciplina le modalità di presentazione, accoglimento e definizione delle segnalazioni avverso atti o comportamenti che a giudizio dei cittadini-utenti hanno posto ostacoli o limitazioni alla fruibilità dei servizi sanitari.

La Regione Abruzzo si impegna a garantire la tutela dei cittadini-utenti dei servizi sanitari, secondo quanto stabilito nella Carta dei Servizi Sanitari, adottata ai sensi dell'art. 2 del D.P.C.M. 19/05/1995, nonché di quanto stabilito dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/01/1994 e nel rispetto dei contenuti della Legge 241 del 07/07/1990 e smi.

### **TITOLO I PRESENTAZIONE DEI RECLAMI**

#### **ART.1 – Titolari del diritto di tutela**

1. Gli utenti, parenti o affini e gli Organismi di Volontariato e di Tutela dei diritti dei cittadini accreditati presso la Regione Abruzzo e/o afferenti alle Aziende Sanitarie Locali possono presentare osservazioni, opposizioni e reclami, che rilevano situazioni di disservizio e atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, nel rispetto delle norme vigenti in materia di privacy, da parte di Aziende Sanitarie Locali, di professionisti convenzionati con le ASL o di strutture private accreditate in rapporto con le Asl.
2. Qualora la segnalazione sia presentata da soggetto diverso dall'interessato, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) può acquisire contestualmente formale delega dell'interessato (di cui si allega schema, all. 4a), al trattamento dei dati che lo riguardano.

#### **ART.2 – Modalità**

Gli utenti e gli altri soggetti individuati dall'art. 1, esercitano il loro diritto con:

- a) comunicazione scritta consegnata a mano, trasmesso per posta, fax o posta elettronica (secondo le direttive ministeriali 27/11/2003 e 18/12/2003) all'Azienda o direttamente all'URP, sottoscritta dall'utente;
- b) colloquio diretto o telefonico con gli operatori URP;

Qualora le segnalazioni avvenute con modalità di cui al punto 1b. o per posta elettronica, contengano elementi significativi di indagine e richiedano una puntuale verifica dei fatti, il

responsabile URP può chiedere al cittadino-utente che ha effettuato la segnalazione di formalizzare la stessa, debitamente sottoscritta.

La presentazione delle segnalazioni non impedisce, né preclude al cittadino-utente la proposizione di impugnative in via giurisdizionale e paragiurisdizionale.

I reclami anonimi, possono essere utilizzati dall'URP nell'ambito del suo compito istituzionale, al fine di porre adeguamenti e correttivi.

### **ART. 3 – Tempi di presentazione**

Le segnalazioni dovranno essere presentate, nei modi sopra indicati, di norma entro 30 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti. L'Azienda può valutare anche i reclami presentati oltre tale termine, sempre che sia possibile procedere all'accertamento dei fatti.

## **TITOLO II PROCEDURA D'ESAME DEI RECLAMI**

### **ART. 4 – Attività preliminari**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico riceve i reclami e provvede a:

- a) comunicare l'avvio del procedimento, entro 10 gg. dal ricevimento dello stesso, ai sensi dell'art. 7 della L. 241/90;
- b) dare risposta all'utente per i reclami che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione; l'URP interpella comunque gli uffici, le UU.OO. o Strutture interessate;
- c) predisporre attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi conoscitivi del caso; i soggetti coinvolti nella questione devono mettere in grado l'URP di dare risposta almeno interlocutoria all'interessato, entro 30 giorni dal ricevimento del reclamo. In ogni caso la risposta definitiva dev'essere fornita all'utente entro 60 giorni.
- d) nei casi in cui si ravvisi un fatto che possa dar origine a responsabilità penali o inerenti problematiche riguardanti il rischio clinico, dare notizia della vicenda e consegnare copia della relativa documentazione all'U.O. Affari Legali e/o U.O. gestione del rischio clinico;
- e) trasmettere alla Commissione Conciliativa Mista le pratiche di competenza;

### **ART. 5 –Attività istruttoria**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico per l'espletamento dell'attività istruttoria:

- a) acquisisce tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio, inclusa la consultazione e l'ottenimento di copia, senza i limiti del segreto d'ufficio, di tutti gli atti e documenti relativi all'oggetto del proprio intervento;
- b) richiede relazioni o pareri di tecnici ad esperti dell'Azienda;
- c) accede agli uffici o reparti per adempiere gli accertamenti che si rendano necessari;
- d) per le segnalazioni di evidente complessità, ovvero che non si prestino ad immediata definizione, l'URP invia la relativa documentazione, accompagnata da ogni altra utile informazione, al responsabile dell'U.O. interessata e, per conoscenza, al Direttore del Dipartimento di appartenenza e/o al Direttore responsabile di Struttura, affinché

provveda ad effettuare l'istruttoria interna, richiedendo relazioni o pareri al/alla collaboratore/trice a conoscenza dei fatti, ed acquisendo ogni elemento necessario alla definizione della segnalazione.

- e) L'istruttoria che compete al Responsabile dell'U.O. interessata, completa di adeguata relazione illustrativa e dell'indicazione delle misure e dei tempi necessari per l'eliminazione dell'eventuale disservizio verificatosi, deve essere trasmessa all'URP entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta di attivazione dell'istruttoria;
- f) i dipendenti dell'Azienda sono tenuti a fornire la necessaria collaborazione all'URP per gli adempimenti loro richiesti, ai sensi del presente Regolamento; costituisce violazione dei doveri d'ufficio non dare seguito alle richieste e, pertanto, tale difetto di collaborazione è segnalato ai competenti organi aziendali per le decisioni di competenza;
- g) trasmette, una volta verificata la competenza, all'Ufficio Legale dell'Asl, ovvero agli altri organismi, tutte le pratiche che non sono di pertinenza dell'URP, quali ad esempio, le richieste di risarcimento danni e la gestione dei sinistri.

#### **ART. 6 – Risposta all'utente**

- a) l'URP fornisce all'utente una risposta scritta, almeno interlocutoria come da art. 4 comma a);
- b) predispone risposta scritta, da trasmettere al cittadino-utente entro il termine di 30 giorni dalla data di ricezione della segnalazione stessa, indirizzata al soggetto interessato o all'eventuale delegato. Nella risposta deve essere indicata la possibilità di ricorrere, di norma entro 30 giorni dal ricevimento, ad un riesame della Commissione Mista Conciliativa che verrà attivata tramite l'URP stesso;
- c) il termine di cui al precedente comma b) può essere sospeso, per una sola volta, per i seguenti motivi:
  - Necessità di ulteriori accertamenti ed approfondimenti del caso in esame
  - Ritardi motivati nelle risposte da parte di soggetti interni ed esterni all'Azienda coinvolti nell'istruttoria.

In tal caso l'URP provvede a darne comunicazione all'interessato motivando il ritardo. La risposta definitiva deve essere trasmessa al cittadino-utente entro e non oltre i successivi 60 giorni dall'invio della risposta interlocutoria (art. 2 Legge n. 241/90 e smi con Legge n. 69/2009 – termini non superiori a 90 gg. entro i quali devono concludersi i procedimenti);

- d) qualora l'URP ritenga di non essere in grado di proporre alcuna risposta, rimette la questione, con adeguata motivazione, all'esame della Commissione Mista Conciliativa, così come, rimette all'esame della Commissione Mista Conciliativa, dopo opportuna e attenta valutazione, le segnalazioni per le quali, siano trascorsi i termini di risposta.

### **TITOLO III COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA E DIFENSORE CIVICO REGIONALE**

#### **ART. 7 Commissione Mista Conciliativa (DPCM 19/05/1995)- presupposti per l'attivazione**

La Commissione Mista Conciliativa ha il compito di:

- riesaminare i casi oggetto di esposto o segnalazione qualora l'utente, singolarmente o per il tramite delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti dei cittadini, si sia dichiarato insoddisfatto della definizione del reclamo e abbia formalmente comunicato la sua insoddisfazione, con i relativi motivi, alla CMC entro 15 giorni dalla comunicazione della risposta a seguito della procedura di prima istanza;
- esaminare i casi per i quali non è stata data risposta entro i termini previsti dall'art. 6.

La Commissione è composta da:

- il Presidente, nella persona del Difensore Civico Regionale
- un rappresentante della Regione
- un rappresentante delle Associazioni di volontariato
- un rappresentante dell'Azienda Sanitaria interessata

### **ART. 8 – Difensore Civico Regionale**

L'utente, esperite le procedure di tutela previste dal presente Regolamento, può comunque accedere alle forme di tutela previste in attuazione della Legge n.142 08/06/1990, istitutiva del Difensore Civico Regionale, per il riesame della segnalazione.

## **TITOLO IV ALTRI ADEMPIMENTI**

### **ART. 9 – Relazione di servizio**

L'URP predispone annualmente una rilevazione statistica sulla propria attività e una relazione sulle criticità riscontrate, da trasmettersi alla Direzione Aziendale.

### **ART. 10 – Esercizio della tutela nelle strutture private accreditate**

Il diritto alla tutela e le modalità per il suo esercizio di cui al presente Regolamento sono estesi anche agli utenti di Strutture Sanitarie e Socio- Sanitarie accreditate.

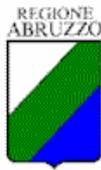
Le Aziende Sanitarie Locali, nell'instaurare rapporti contrattuali con le strutture accreditate o provvisoriamente accreditate, si accerteranno che queste assicurino agli utenti le forme di tutela previste dal presente Regolamento e che si impegnino a rimuovere i disservizi segnalati.

### **ART. 11 – Conferenza dei Servizi**

La Conferenza dei Servizi, presieduta dai Direttori Generali delle ASL è indetta una volta l'anno e avrà lo scopo di informare sull'andamento generale delle attività dell'Azienda e in particolar modo farà riferimento alla verifica inerente l'attualità delle informazioni di carattere generale ed al monitoraggio circa il rispetto degli impegni assunti e degli standard indicati nella Carta dei Servizi.

### **ART. 12 – Rinvio**

Per quanto non previsto nel presente Regolamento si fa riferimento alle normative vigenti in materia



Asl di .....

ALL. 4a

**DELEGA ALL'INOLTRO DI RECLAMO O SEGNALAZIONE A PARENTI, AFFINI, CONOSCENTI**

**Il sottoscritto** .....

**nato a** ..... **il** ..... .....

**residente in...** ..... **via...** ..... **tel...** .....

**documento di identità** ..... **n.** .....

**(che allego in fotocopia)**

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

**DELEGA**

- a presentare questo reclamo**
- a presentare questo reclamo e a ricevere risposta**

**il sig.** ... ..

**nato a** ..... **il** .....

**documento di identità** ..... **n.** .....

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

**residente a...** ..... **via...** ..... **tel.....** .....

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ex art. 13 del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali").  
In attuazione della normativa di cui sopra, La informiamo che:

- i dati sono raccolti e trattati esclusivamente per scopi di natura amministrativa per lo svolgimento delle attività dell'URP e per la gestione della segnalazione in attuazione della normativa vigente, secondo il Regolamento regionale
- il conferimento dei dati richiesti è spontaneo e facoltativo. Il mancato conferimento dei dati nel caso di reclamo comporta la mancata risposta scritta
- la comunicazione dei dati può avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento, o, qualora risulti necessaria per lo svolgimento di attività istituzionali. I dati, unicamente quelli strettamente necessari per le finalità di cui sopra, saranno comunicati esclusivamente ai Responsabili o agli incaricati aziendali per le parti del procedimento di loro competenza
- i dati personali sono raccolti e trattati sia in forma manuale che automatizzata, secondo una logica strettamente connessa alle finalità descritte, esclusivamente da personale incaricato che ha ricevuto apposite istruzioni
- l'Azienda ha messo in atto tutte le misure di sicurezza previste dalla Legge; i dati saranno custoditi in archivi cartacei ed informatizzati e protetti da queste misure: agli archivi avrà accesso solo il personale autorizzato e tenuto al segreto professionale
- l'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7, D. Lgs. n. 196/2003, presentando richiesta ai Responsabili del trattamento, a seconda delle esigenze, sull'apposito modulo reperibile presso l'URP o le Segreterie delle Direzioni delle strutture aziendali
- il Titolare del trattamento è l'ASL n. ...., con sede in Via....., n. .... - CAP..... PROVINCIA....., il Responsabile del trattamento dei dati relativi all'attività dell'URP è il .....
- l'elenco aggiornato dei Responsabili dei trattamenti di dati in ambito aziendale è disponibile presso l'URP.

**Luogo e data**

**Firma del delegante**

... ..

All. fotocopia documento di identità (valido) del delegante.  
Sono considerati validi documenti di identità personale

- carta d'identità
  - patente di guida
  - tessera ferroviaria
  - tessera postale
  - tessera previdenziale (libretto di pensione)
  - tessera di ordini professionali con personalità giuridica pubblica
  - altri documenti rilasciati da Pubbliche Amministrazioni recanti la foto dell'interessato con timbratura a secco e completi della firma del funzionario competente al rilascio
- carta di identità magnetica**



---

ALL. D

**SCHEMA DI**

**REGOLAMENTO DI COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DELLE COMMISSIONI  
MISTE CONCILIATIVE NELLE ASL DELLA REGIONE ABRUZZO**

**Art. 1 – Commissione Mista Conciliativa (CMC)**

La Commissione Mista Conciliativa è un organismo di tutela di secondo livello, competente per l'esame delle osservazioni, opposizioni, denunce e reclami contro atti o comportamenti che limitano o negano la fruibilità dei servizi sanitari.

Il principio ispiratore dell'attività della CMC è quello di rappresentare, in posizione terza, le esigenze dell'utente e delle Aziende sanitarie locali, al fine di giungere ad una conciliazione, sperando ogni tentativo.

**Art. 2 – Compiti della Commissione Mista Conciliativa**

La CMC ha il compito di:

- riesaminare i casi oggetto di esposto o segnalazione qualora l'utente, singolarmente o per il tramite delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti dei cittadini, si sia dichiarato insoddisfatto della definizione del reclamo e abbia formalmente comunicato la sua insoddisfazione, con i relativi motivi, alla CMC entro 15 giorni (quindici) dalla comunicazione della risposta a seguito della procedura di prima istanza;
- trasmettere, una volta verificata la competenza, all'Ufficio Legale dell'Asl, ovvero agli altri Organismi, tutte le pratiche che non sono di pertinenza della CMC, quali ad esempio, le richieste di risarcimento danni e la gestione dei sinistri.

La Commissione può richiedere chiarimenti ai Direttori o Dirigenti Responsabili delle singole funzioni e fornire pareri e indicazioni sui criteri adottati dall'Azienda per rispondere alle istanze degli utenti.

La lettera di risposta all'utente è sottoscritta congiuntamente dal Presidente della CMC e dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale o loro delegati.

### **Art. 3 – Composizione della CMC**

La Commissione è composta da 4 membri:

- Il Presidente
- Un rappresentante della Regione
- Un rappresentate delle Associazioni di volontariato e tutela dei diritti dei cittadini che hanno inoltrato richiesta di partecipazione secondo le modalità previste dal relativo Bando di reclutamento pubblicato dalle ASL regionali
- Un rappresentante delle Aziende Sanitarie Locali

Si precisa che:

- il ruolo di Presidente viene ricoperto dal Difensore Civico Regionale o suo delegato;
- il rappresentante della Regione viene ricoperto da personale dell'Assessorato Politiche della Salute afferente al Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità, nella figura del referente Ufficio Controllo Qualità o suo delegato;
- il rappresentante delle associazioni di volontariato o suo delegato, viene indicato dalle Associazioni interessate e regolarmente iscritte negli elenchi Regionali che abbiano presentato apposita domanda di partecipazione c/o le Asl regionali (come da Bando di partecipazione ai Comitati Consultivi Misti e CMC)
- il rappresentante delle Asl si identifica con il Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico territorialmente competente o suo delegato che svolge anche il ruolo di segretario.

Le deleghe devono essere affidate di volta in volta (all. a).

La Commissione è insediata e decide validamente, con la presenza di almeno tre membri compreso il Presidente.

La Commissione dura in carica tre anni. I membri, durante tale mandato, sono sostituiti solo se non ricoprono più il loro ruolo nell' Ente o Associazione di appartenenza.

Le funzioni di segreteria della Commissione sono svolte dal personale addetto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico di ciascuna Azienda, la quale mette a disposizione le risorse necessarie al funzionamento della Commissione.

Ai componenti la Commissione o loro delegati, spetta un gettone di presenza di € 100,00 (decreto Tremonti n.78/2010) da ritenersi a carico dell'Asl convocante mentre, i rimborsi spese sono a carico dell'Ente di rappresentanza.

### **ART. 4 – Modalità di funzionamento della CMC**

Il Presidente, dopo aver ricevuto le segnalazioni dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, acquisisce dallo stesso, tutta la documentazione relativa all'istruttoria già svolta e può richiedere anche eventuali integrazioni. Il Presidente convoca la Commissione e invia ai membri l'Ordine del Giorno indicando il relatore per ciascuna questione entro 3 (tre) giorni lavorativi e rende disponibile il materiale relativo ai casi da trattare c/o la sede del CMC individuata da ciascuna Asl.

Se, dopo la relazione, la questione risulta sufficientemente chiara in tutti i suoi aspetti, la Commissione decide. Se invece ritenesse necessario un approfondimento, la Commissione potrà disporre l'audizione delle persone ritenute necessarie.

I membri della Commissione sono tenuti a rispettare gli obblighi di riservatezza sulle notizie di cui siano venuti in possesso per ragioni di ufficio e che siano da ritenersi segrete o riservate ai sensi delle vigenti normative.

La Commissione decide di norma entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento dell'istanza.

### **Art. 5 – Pronunciamento della CMC**

La decisione della Commissione è presa a maggioranza ed è verbalizzata. A parità di voto prevale il parere del Presidente. I membri che hanno votato contro possono verbalizzare il motivo del loro dissenso.

I verbali della CMC sono atti interni e non soggetti al diritto di accesso previsto dalla L.241/90.

La decisione della Commissione viene comunicata dal Presidente entro 5 (cinque) giorni lavorativi dalla sua adozione al Direttore Generale dell'Asl, ovvero al Dirigente cui la pratica è stata trasmessa per competenza.

Il Direttore Generale, qualora condivida le decisioni della CMC, ne dà comunicazione al Presidente, il quale predisporrà immediatamente comunicazione a firma congiunta da inviarsi all'interessato. Qualora, invece, il Direttore Generale non condividesse le determinazioni della CMC, ne chiede il riesame indicando i motivi del dissenso. La CMC provvede al riesame e qualora confermasse le proprie decisioni, ne dà comunicazione definitiva al Direttore Generale, rendendole in tal modo esecutive e predisponendo, inoltre, la comunicazione da inviarsi all'interessato, specificando il dissenso della Direzione Generale.

Il Dirigente adito avrà cura di dare formale riscontro alla CMC entro 5 (cinque) giorni lavorativi in ordine allo stato dell'arte, comunicare le azioni intraprese e l'esito finale, di cui verrà informato l'interessato a cura della stessa CMC.

Al ricorrente non è inibito adire a vie legali.



---

## MODELLO PER DELEGA

Il/la sottoscritt.....nat.....il.....  
a.....prov....., e residente a.....prov.....  
via/piazza.....n.....cap.....codice fiscale n.  
.....documento identità n.....  
rilasciato da .....il.....  
in qualità di membro titolare della Commissione Mista Conciliativa

## D E L E G A

Il/La Sig.....nato a.....il.....  
a.....prov.....e residente a.....prov.....  
Via/piazza.....n.....cap.....codice fiscale n.  
.....documento identità n.....rilasciato da  
.....il.....  
Codice IBAN.....  
Recapito telefonico.....

A partecipare per mio conto alla seduta della Commissione Mista Conciliativa del  
giorno.....

Data.....

Firma

-----