



Servizio Sanitario Nazionale – Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA 1
Sede Legale Provvisoria: Via Guerra 21 – Perugia
Codice Fiscale e Partita IVA 03301860544

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE
n. 1640 del 19/12/2018

Proponente: STAFF Sviluppo Qualità e Comunicazione

Oggetto: Piano Qualità e Piano Comunicazione triennale dell'Azienda USL Umbria 1 - Anni 2019-2021

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv 17916 del 13/12/2018 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo – Dott.ssa Dorian SARNARI

il Parere del Direttore Sanitario – Dr. Pasquale PARISE

Hash .pdf (SHA256):

19da0bed0f2f8d986c9a88f576b4fa4dc40e4540f1fc58bbad4f6e4d3babf4fa

Hash .p7m (SHA256):

09faa69c8579459e83f936203b3b6a2e5dcebd9d534e670719d5fb11afe6d080

Firme digitali apposte sulla proposta:

Pasquale Parise, Daniela Ranocchia, Manuela Pioppo, Stefano Piccardi, Dorian Sarnari

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Andrea CASCIARI)*

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Tenuto conto che

le indicazioni della politica sanitaria nazionale individuano come area strategica da sviluppare quella del governo clinico, inteso come approccio integrato per assicurare la qualità, la sicurezza, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse;

la pianificazione regionale prevede, nelle aziende sanitarie, l'adozione un programma aziendale per il miglioramento della qualità dell'assistenza, approvato dal Direttore Generale e attuato sotto il coordinamento della Direzione Sanitaria aziendale;

la comunicazione ha una valenza strategica nell'azione di governo dell'Azienda, gioca un ruolo importante nella trasmissione dei valori e dell'identità aziendale, è fondamentale per migliorare il rapporto con i cittadini e per promuovere l'effettivo accesso ai servizi e favorirne un corretto uso;

le normative nazionali prevedono la pianificazione della comunicazione nella Pubblica Amministrazione e nelle Aziende Sanitarie e la programmazione regionale indica che le aziende sanitarie debbono dotarsi di un Piano di Comunicazione, quale strumento di programmazione ed integrazione delle diverse attività, dei mezzi e dei soggetti attraverso cui perseguire finalità di informazione istituzionale e di comunicazione interna ed esterna;

Considerato altresì che

le linee guida aziendali al Budget inseriscono il Piano Qualità ed il Piano Comunicazione fra gli input del sistema di pianificazione aziendale, per orientare gli obiettivi strategici e le relative azioni verso l'implementazione e la valutazione della qualità e delle comunicazione. Nel piano d'attività annuale / budget sono infatti individuati anche obiettivi di miglioramento della qualità e comunicazione;

il Programma Annuale di Attività (Budget) 2018 del Servizio di staff Sviluppo Qualità e Comunicazione prevede fra gli obiettivi la stesura di un Piano Qualità e di un Piano comunicazione triennale, per pianificare a medio termine la strategia e l'operatività in questi ambiti;

tutto ciò considerato, si propone di adottare la seguente delibera:

- recepire il **Piano Qualità 2019-2021 e il Piano Comunicazione 2019-2021 dell'Azienda USL Umbria 1** allegati al presente atto, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- dare atto che il Piano Comunicazione comprende anche il **Regolamento per la gestione del Sito Web Istituzionale** e la **Social Media Policy**
- dare atto che le risorse economiche citate nei Piani saranno previste con appositi atti deliberativi
- trasmettere per il seguito di competenza questo atto ai Direttori dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri e dei Dipartimenti, nonché ai Dirigenti dei servizi di Staff e delle UO Amministrative dell'Area Centrale dei servizi
- dare atto che la presente delibera è soggetta a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza e senza oneri di spesa

Gli istruttori

Dr. Daniela Ranocchia
Incarico Professionale Alta Specializzazione *Qualità*

Dr. Stefano Piccardi
Incarico di funzione *Qualità e Comunicazione*

Il dirigente

Dr. Manuela Pioppo
Resp. Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

PIANO QUALITÀ 2019-2021



Indice

- **Scopo del Piano**
- **Documenti di riferimento**
- **Politica della qualità aziendale**
- **La pianificazione integrata nella Azienda USL Umbria 1**
- **La struttura organizzativa e le risorse umane**
- **Analisi del contesto: analisi SWOT per lo sviluppo del sistema qualità**
- **Linee strategiche prioritarie:**
 1. Valutazione dei processi e degli esiti
 2. Accredimento istituzionale
 3. Appropriatelyzza e equità delle cure
 4. Gestione integrata del rischio
 5. Formazione per la qualità
- **Risorse economiche**
- **Monitoraggio e valutazione del piano**
- **Lista di distribuzione**

Allegati al Piano Qualità:

Appendice 1 - Valutazione dei processi e degli esiti

Allegato 1- Organigramma staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

Allegato 2- Rete Qualità - funzioni

Allegato 3 – Sedi dei servizi

Allegato 4 – Servizi accreditati

Allegato 5 – Strutture autorizzate

figura 1 – Bersaglio USL Umbria 1 2017

figura 2 – “Pentagramma” dei percorsi 2017

figura 3 a ,b, c, d,e Tree Map Ospedali

SCOPO DEL PIANO

Il Piano Qualità e Comunicazione dell'Azienda USL Umbria 1 è il documento con cui l'azienda definisce le linee strategiche per la qualità per il triennio 2019-2021.

Gli obiettivi specifici e le attività sono definiti annualmente nel piano aziendale delle attività – budget o in appositi progetti di miglioramento.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Livello internazionale

I principali orientamenti sulla qualità dei Sistemi Sanitari Nazionali a livello sovranazionale emergono da¹:

- la Carta di Lubiana sulla "Riforma dei sistemi sanitari", approvata il 18 giugno 1996 dall'Ufficio della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- la Raccomandazione, N.° R (97) 17 del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa "Sullo sviluppo e l'attivazione di sistemi di miglioramento della qualità (SMQ) dell'assistenza sanitaria" adottata il 30 settembre 1997.

Più in generale i fondamenti per lo sviluppo, la gestione ed il miglioramento dei Sistemi Qualità sono rappresentati dalle norme ISO (International Standard Organization), tra le quali in particolare:

- UNI EN ISO 9000:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e vocabolario"
- UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti"
- UNI EN ISO 9004:2009 "Gestire un'organizzazione per il successo durevole – l'approccio della gestione per la qualità"
- UNI EN ISO 19011:2012 – "Linee guida per gli Audit dei sistemi di gestione"

Livello nazionale

Le indicazioni della **politica sanitaria nazionale** individuano nel governo clinico² *l'approccio integrato per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse*. Secondo queste indicazioni un sistema sanitario di qualità deve garantire al contempo: **efficacia, efficienza, sicurezza, tempestività, centralità del paziente ed equità**, perché il miglioramento della qualità richiede un approccio di "sistema", da realizzare tramite l'integrazione di tutti determinanti:

¹ Ministero della sanità - Dipartimento della Programmazione: "QUALITA' E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: Riferimenti e documentazione" in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_28_allegato.pdf

² http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=232&area=qualita&menu=qualita

- Medicina basata sull'Evidenza;
- Linee guida cliniche e percorsi assistenziali;
- Audit clinico;
- Gestione del rischio clinico;
- Comunicazione e gestione della documentazione;
- Coinvolgimento dei pazienti
- Gestione dei reclami e dei contenziosi;
- Formazione continua;
- Collaborazione multidisciplinare;
- Valutazione del personale;
- Ricerca e sviluppo;
- Valutazione degli esiti.

Tutti aspetti questi che trovano riscontro nei recenti documenti di programmazione nazionale, che assumono la qualità e la sicurezza delle cure come orizzonte prioritario di riferimento:

- il DM n. 70 del 02/04/2015³, che al punto 5 dell'allegato 1 individua gli standard di qualità ospedalieri facendo riferimento ad un modello di governo clinico inteso come: *"...documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività' di Gestione del rischio clinico; Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie; Valutazione e miglioramento continuo delle attività' cliniche; Documentazione sanitaria, Comunicazione, Informazione e partecipazione del cittadino/paziente; Formazione continua del personale."*
- Il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016⁴
- il DPCM 12/01/2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*⁵.

Inoltre a livello nazionale, gli atti che hanno dato impulso alla **revisione dei sistemi di accreditamento istituzionale** dei servizi sanitari e socio-sanitari sono :

- l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012⁶ (Resp. Atti n. 259/CSR) concernente il documento "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" in attuazione dell'art 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Intesa Resp. Atti n. 2648 del 03-12-2009);
- l'Intesa del 19 febbraio 2015⁷, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie (Rep. n. 32/CSR del 19/02/2015);

³ http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&id=2102

⁴ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf

⁵ <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

⁶ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038866_259%20csr%20-%204.pdf

⁷ http://www.agenas.it/images/agenas/accreditamento/Intesa_Accreditamento_19_02_2015.pdf

- i Manuali per l'accreditamento istituzionale sviluppati da AGENAS⁸, che declinano nel “Disciplinare tecnico” del 2012 i requisiti e le evidenze per le diverse tipologie di strutture: ospedaliera, di assistenza territoriale extra-ospedaliera, specialistiche ambulatoriali, di medicina di laboratorio.

Livello regionale

La Legge Regionale n. 18 del 12/11/2012 di Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale⁹ richiama principi di rilevante importanza per la qualità:

- art. 1 Oggetto, finalità e principi: *...Il Servizio sanitario regionale si informa al principio della centralità della persona, della comunità e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità.*

- art. 5 Principi generali...: *...le aziende sanitarie regionali pianificano le attività ed i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure, attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e devono garantire il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo, attraverso l'integrazione degli operatori, con l'obiettivo di dare una risposta appropriata sia in termini di qualità che di compatibilità con le risorse disponibili*

- art. 21 Collegio di direzione: *... concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico - assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.*

- art. 42 Informazione, partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini: *...ciascuna azienda sanitaria regionale introduce forme di valutazione della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia e dell'equità del sistema sanitario, coinvolgendo direttamente i cittadini attraverso lo strumento degli audit civici.*

Art. 49 Accredito istituzionale: *L'accreditamento istituzionale ... è rilasciato nel rispetto dei seguenti criteri:.. presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità.*

In attesa dell'emanazione del prossimo Piano Sanitario Regionale si sottolinea che nella pregressa pianificazione¹⁰, anch'essa orientata all'ottica del governo clinico, si prevedeva che le aziende sanitarie adottassero un programma aziendale per il miglioramento della qualità dell'assistenza, approvato dal Direttore Generale e attuato sotto il coordinamento della Direzione Sanitaria aziendale e che identificassero un insieme integrato di misure per il monitoraggio di tale programma, per misurare i progressi fatti nelle diverse aree e valutare i risultati.

In materia di accreditamento istituzionale la Regione dell'Umbria ha recepito le procedure ed i requisiti stabiliti dall'Intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni

⁸ <http://www.agenas.it/primo-piano/manuali-per-accreditamento-istituzionale>

⁹ http://leggi.crumbria.it/mostra_atto.php?id=64615&v=FI,TE,IS,VE,SA&datafine=20140501&m=5

¹⁰ [Piano sanitario regionale 2009-2011](#)

del 19/2/2015, con l'adozione della **Regolamento regionale 26 settembre 2018, n. 10: "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"** pubblicato nel B.U.R. Regione Umbria del 3 ottobre 2018 ¹¹.

Livello aziendale

I principi che indirizzano la politica della qualità aziendale sono declinati nell'Atto aziendale¹², che definisce la **missione** dell'Azienda USL Umbria n.1, che consiste nel *"promuovere e tutelare la salute degli individui e della collettività che vive e lavora nel suo territorio, nell'ambito delle indicazioni normative e programmatiche nazionali e regionali"*. Nell'adempiere alla sua missione istituzionale l'Azienda si ispira ai seguenti **principi**:

- efficacia delle prestazioni erogate;
- equità di accesso alle prestazioni efficaci;
- trasparenza e miglioramento condiviso della qualità;
- efficienza organizzativa e produttiva;
- coinvolgimento degli operatori nella responsabilizzazione al risultato;
- soddisfazione dei cittadini/utenti;
- continua crescita professionale degli operatori;
- salvaguardia dell'ambiente di lavoro e naturale.

Tali principi improntano la politica della qualità aziendale, comunicata ai cittadini mediante la carta dei servizi.

¹¹ <http://www2.regione.umbria.it/bollettini/download.aspx?doc=181003A50SO1.pdf&t=so&p=1&show=true>

¹² <http://www.uslumbria1.gov.it/media/atti-general>

La carta dei servizi aziendale¹³ è il documento in cui l'Azienda USL Umbria 1 esplicita la **politica della qualità e gli impegni** assunti nei confronti dei cittadini, sotto riportati in sintesi:

Promozione della salute e prevenzione

- Azienda e operatori promotori di salute
- Promozione di corretti stili di vita (attività motoria, alimentazione, alcol, fumo)
- Contrasto dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare
- Promozione della salute in gravidanza e allattamento al seno
- Promozione della medicina di genere
- Prevenzione individuale (vaccinazioni, screening oncologici e neonatali, etc)
- Prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Informazione, comunicazione e trasparenza

- garanzia di informazione
- dovere informativo e consenso informato
- dovere di rilascio del referto
- privacy e riservatezza
- trasparenza

Accessibilità alle strutture, comfort, igiene e sicurezza

- facilitazione all'accesso
- abbattimento delle barriere architettoniche
- garanzia alle cure pulite e sicure

Accessibilità alle prestazioni, equità e tempestività

- gestione dei tempi di attesa
- collaborazione con numero verde gratuito 800.63.63.63 per prenotazioni /informazioni sull'accesso ai servizi
- servizi CUP per prenotazioni e pagamenti allo sportello, telefoniche e on-line
- referti on-line
- accesso alla documentazione

Tutela e ascolto

- gestione dei reclami
- rilevazione della qualità
- ascolto e relazioni con i rappresentanti dei cittadini

Accoglienza, aspetti relazionali e umanizzazione

- accoglienza
- riconoscibilità
- comfort

¹³ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/carta-dei-servizi-aziendale>

- counseling
- supporto da parte dei familiari o altre figure (badanti, volontariato...)
- mediazione nel rispetto per le diversità culturali
- gestione del dolore
- umanizzazione dell'assistenza e delle cure

Percorsi clinici ed assistenziali

- efficacia
- integrazione
- sicurezza e appropriatezza
- continuità delle cure

Valutazione standard di qualità

- accreditamento istituzionale
- valutazione performance ed esiti
- valutazione del rischio clinico
- raccolta ed analisi di segnalazioni e reclami
- piani di miglioramento per indagini sulla qualità percepita
- progetti di audit civico e di empowerment del citta
- formazione del personale

LA PIANIFICAZIONE INTEGRATA NELLA AZIENDA USL UMBRIA 1

La programmazione delle attività (vedi anche *Il ciclo di programmazione e controllo* a pag 16 della relazione sulle performance¹⁴ e le linee guida e schede di budget¹⁵) utilizza un modello “circolare” basato sull’ integrazione tra gli indirizzi emanati dalla Direzione Aziendale - tenuto conto delle direttive nazionali e regionali - e le proposte tecniche formulate dal nucleo operativo; un modello che:

- favorisce una diffusa responsabilizzazione, unico vero collante tra le strategie elaborate dalla direzione generale e le scelte operative poste in essere dai singoli professionisti;
- obbliga i professionisti ad esplicitare i loro più rilevanti comportamenti operativi, riducendo la autoreferenzialità e permettendo alla Direzione Aziendale di verificarne la congruità e la coerenza rispetto alle strategie aziendali.

La programmazione si realizza attraverso i principali strumenti:

- ✓ **Bilancio di Previsione**
- ✓ **Piano triennale degli Investimenti;**
- ✓ **Programma annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi (Budget);**

¹⁴ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance>

¹⁵ <http://www.uslumbria1.gov.it/notizie/linee-guida-al-budget>
<http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/289-schede-di-budget-2018>

- ✓ **Accordi ed i Contratti con le strutture sanitarie erogatrici**, pubbliche e private accreditate;
- ✓ **Accordi con i medici convenzionati.**

In questo sistema di programmazione si inserisce il presente Piano Qualità triennale, orientato ad un approccio integrato con tutti gli strumenti di pianificazione aziendale (vedi documenti in nota¹⁶) ; in primo luogo con:

- il Piano annuale d'attività-Budget
- il Piano per la Sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio clinico
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)
- il Piano della Formazione
- il Piano Comunicazione

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E LE RISORSE UMANE

Per una sintetica descrizione dell'organizzazione aziendale si rimanda allo specifico capitolo della Relazione annuale in <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance> (pag 13) e all'organigramma rappresentato in <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/organizzazione-000>.

L'articolazione delle risorse umane per la qualità, la comunicazione e la sicurezza delle cure è incardinata in tutto l'impianto organizzativo aziendale, poiché **tali funzioni sono insite nel ruolo delle figure che sono titolari di responsabilità direzionali, organizzative e/o di coordinamento a tutti i livelli,**

Ma per sostenere queste attività l'Azienda USL Umbria 1 si avvale anche di servizi e **personale dedicato** (Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione SQC) **o funzionalmente individuato** (rete Qualità e team di auditor interni) come descritto di seguito.

Lo staff SQC ha il mandato di supportare la Direzione nella definizione delle politiche aziendali sulla qualità e la comunicazione ed è lo strumento attraverso il quale la Direzione Aziendale promuove la qualità e la comunicazione.

Per le funzioni e l'articolazione organizzativa per la comunicazione si veda il Piano Comunicazione 2019-2021

Lo staff SQC, per l'area Qualità:

A) ha **funzioni di riferimento e supporto tecnico e metodologico** aziendale mediante:

¹⁶ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/atti-e-documenti-000>

- 1) l'individuazione di obiettivi per la qualità definiti dal budget annuale e dei criteri ed indicatori per il monitoraggio dell'andamento dei risultati
- 2) i percorsi di adeguamento di servizi/strutture ai fini dell'accreditamento, coordinando le attività di accreditamento istituzionale o volontario e/o d'eccellenza nei servizi individuati dalla programmazione aziendale e verificando l'applicazione degli specifici requisiti individuati a livello regionale
- 3) la realizzazione di attività volte ad assicurare, valutare e a migliorare la qualità professionale e organizzativa con:
 - la definizione di documenti di pianificazione di processi ed attività a livello aziendale (procedure generali, PDTA ecc)
 - il coordinamento della rete aziendale della Qualità e degli auditor interni, nonché di "gruppi di miglioramento" per la realizzazione di progetti specifici;
- 4) la promozione ed il coordinamento di indagini volte a rilevare bisogni e livelli di soddisfazione degli utenti e dei programmi di miglioramento conseguenti

B) si avvale delle seguenti figure professionali (vedi anche organigramma/funzionigramma in allegato):

- **Dirigente Medico Responsabile dello staff SQC**
- **IPAS Qualità - Dirigente Medico con Incarico Professionale di Alta Specialità**
- **Incarico di professionista esperto funzione Qualità ed Accredimento collaboratore professionale sanitario senior – infermiere**
- **altro professionista sanitario dedicato**, da individuare con apposita procedura stabilita dalla Direzione aziendale

Rete Qualità costituita da **RGQ** (Responsabili Gestione Qualità) e **FQ** (Facilitatori Qualità), per facilitare la gestione ed implementazione del Sistema Qualità in tutte le articolazioni organizzative aziendali, a supporto dei Responsabili dei Dipartimenti/Distretti e dei Servizi.

Team di auditor interni¹⁷, che saranno individuati all'interno di ciascuna macrostruttura in accordo con lo staff SQC, che effettueranno audit interni scambievoli, in base ad un programma annuale concordato con lo staff stesso e le Direzioni delle macrostrutture.

L'individuazione dei professionisti della Rete Qualità e del Team di auditor interni sarà effettuata dai Responsabili delle Macrostrutture in accordo con lo staff Sviluppo Qualità e Comunicazione. Lo svolgimento di queste funzioni sarà inserito fra gli

¹⁷ Operatori formati che hanno partecipato a corsi per audit interni organizzati dall'USL Umbria 1 o operatori qualificati in quanto iscritti nell'apposito elenco regionale degli auditor per l'accreditamento istituzionale regionale

obiettivi individuali annuali¹⁸ sui quali i professionisti indicati saranno valutati ed incentivati (vedi Criteri ed funzioni Rete Qualità in allegato 2)

ANALISI DEL CONTESTO

Il territorio della USL Umbria 1 e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita sono descritti nella Relazione sanitaria aziendale¹⁹, dove è descritta anche l'organizzazione dell'azienda.

Le performance aziendali, presentate in dettaglio dalla relazione stessa, sono analizzate nella prospettiva della qualità e della comunicazione ai capitoli specifici della sopracitata Relazione²⁰ ed al paragrafo che segue (Valutazione dei processi e degli esiti nel presente Piano e relativa appendice 1).

Tenuto conto di quanto sopra, **l'analisi del contesto aziendale²¹ nella prospettiva del sistema qualità** è schematizzata nello schema SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) che segue.

¹⁸ Art 5 del Regolamento del Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance individuale del personale della AZIENDA USL UMBRIA 1 - DDG n. 564 del 19.04.2017

¹⁹ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance>:

- pag 7-11 Il Territorio e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita
- pag 14-15 L'organizzazione dell'Azienda

²⁰ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance>:

- pag 137-149

²¹ DGR N. 1639 del 28/12/2016 Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nuovo regolamento e dei nuovi criteri..., punto 1.1.03 Politica, Pianificazione Strategica, Obiettivi :

Nel pianificare il proprio sistema di gestione l'organizzazione deve tener conto del suo contesto (fattori interni ed esterni rilevanti per le sue finalità e indirizzi strategici), delle esigenze e aspettative della parti interessate e determinare rischi e opportunità che è necessario affrontare per: fornire assicurazione che il sistema di gestione possa conseguire i risultati attesi, accrescere gli effetti desiderati, prevenire o contenere gli effetti indesiderati, conseguire il miglioramento

ANALISI DI CONTESTO PER LO SVILUPPO DELLA QUALITÀ NELL'USL UMBRIA 1			
SWOT - punti di forza e di debolezza, opportunità e minacce -			
		<i>carattere del fattore</i>	
		POSITIVO	NEGATIVO
<i>origine del fattore</i>	INTERNO	Punti di Forza (S) - personale motivato e competente - buona collaborazione con le figure chiave degli staff e dei servizi - sistema di accreditamento rodato - obiettivi qualità nel budget - sistemi di monitoraggio rodati -informatizzazione di molti processi chiave ²²	Punti di debolezza (W) - dimensioni aziendale - complessità aziendale -scarsa consapevolezza della cogenza e del valore aggiunto dell'accREDITAMENTO istituzionale - scarse risorse umane dedicate alla Qualità - non individuazione formale rete Q aziendale -gestione prevalentemente cartacea dei documenti e delle evidenze del SQ
	ESTERNO	Opportunità (O): - orientamento alla digitalizzazione - applicazione nuovo modello di accreditamento all'intera azienda - input delle associazioni per progetti di valutazione e miglioramento delle qualità	Minacce (T): - nuovo sistema accreditamento regionale complesso - sistema documentale per la qualità molto articolato e quindi difficile da tenere sotto controllo

In base a tali elementi il piano di sviluppo della qualità per il triennio 2018-2010 è guidato dalle linee strategiche e dagli obiettivi operativi riportati di seguito.

LINEE STRATEGICHE PRIORITARIE PER LA QUALITÀ

- 1. Valutazione dei processi e degli esiti**
- 2. Accreditamento istituzionale**
- 3. Appropriatelyzza, equità ed umanizzazione**
- 4. Gestione integrata del rischio integrata**
- 5. Formazione**

²² SDO – Scheda Dimissione Ospedaliera e CCE – Cartella Clinica elettronica, Cartelle informatizzate di Pronto Soccorso e delle Attività Chirurgiche (ORMAWEB), Sistemi informatizzati della diagnostica (RIS e LIS), Informatizzazione di Dimissioni Protette, Assistenza domiciliare e Residenze Sanitarie Assistenziali e Residenze protette (Atlante), Salute Mentale, CUP (centri Unificati Prenotazione) ecc.

1. Valutazione dei Processi e degli Esiti

L'Intesa Stato Regioni del 20.12.2012 sull'accreditamento istituzionale, al requisito 1.5 *Modalità di valutazione della qualità dei servizi* afferma che:

- la valutazione della qualità (di struttura, di processo e di esito) aiuta l'organizzazione a migliorare l'assistenza, a ridurre i rischi ed a ottimizzare l'efficienza e l'utilizzo delle risorse;
- dovrebbe essere multidimensionale (in termini di efficacia, appropriatezza, sicurezza, equità, efficienza, soddisfazione degli utenti), sistematica e strutturata, per migliorare le performance dei processi clinici e manageriali;
- le attività di valutazione interna si dovrebbero completare con quelle di valutazione esterna.

L'Azienda USL Umbria 1 fa riferimento, nei propri processi di programmazione e rendicontazione, a vari sistemi di valutazione interna (I) ed esterna (E), da cui emergono dati/informazioni che orientano la pianificazione della qualità aziendale:

1. **indicatori di qualità nel budget** annuale e altri dati derivanti dalla valutazione di processi e procedure aziendali (I)
2. **indicatori del Sistema di Valutazione della Performance** dei Sistemi Sanitari Regionali del MES (Laboratorio di Management in Sanità) dell'Università Sant'Anna di Pisa (E)
3. **indicatori del PNE** (Piano Nazionale Esiti) di AGENAS (E)

I sistemi di valutazione (e i relativi set di indicatori) rilevanti ai fini della valutazione interna ed esterna della qualità nell'Azienda USL Umbria 1 sono descritti nell'appendice 1, dove sono affrontati anche i risultati più rilevanti che emergono dalla valutazione esterna effettuata con il **Sistema di Valutazione della Performance** dei Sistemi Sanitari Regionali del MES e con il **PNE** (Piano Nazionale Esiti) di AGENAS.

Invece, per la valutazione del raggiungimenti degli obiettivi di qualità e comunicazione nel piano annuale d'attività- budget si rimanda agli specifici capitoli della Relazione sanitaria annuale.²³

Lo sviluppo della consuetudine e della "confidenza" all'uso appropriato di questi dati ai fini della valutazione e del miglioramento della qualità, rappresenta una delle linee strategiche prioritarie dell'Azienda USL Umbria 1, che si concretizza nelle seguenti azioni.

²³ [Relazione Sanitaria Anno 2017](#) pag 18-21

	AZIONI
<p>Valutazione dei Processi e degli Esiti</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrare gli indicatori dei sistemi di valutazione interna ed esterna della qualità sia nella pianificazione dei processi aziendali (cfr: Standard di Prodotto/Servizio delle strutture accreditate), sia nel ciclo di programmazione annuale (cfr: budget delle strutture operative), nonché nei sistemi premianti aziendali. 2. Sviluppare la cultura dell'ICT (Information Technology Communication) implementando progetti adeguati alle esigenze aziendali e formando il personale all'utilizzo 3. Presidiare costantemente la qualità dei dati dei sistemi informativi aziendali che alimentano i sistemi di valutazione interna (indicatori di budget ecc.) ed esterna (MES, PNE), con particolare riferimento alla verifica della qualità dei dati del percorso del paziente chirurgico (ORMAWEB, CCE) 4. Sviluppare la cultura della valutazione/miglioramento della qualità e della valutazione del rischio, diffondendo i risultati delle valutazioni e monitorando il raggiungimento degli obiettivi del piano Sanitario Regionale di prossima adozione 5. Realizzare <u>progetti di miglioramento</u> con le metodologie del PDCA (PLAN DO CHECK ACT: Pianificare, Eseguire quanto pianificato, Controllare, Agire per consolidare o per migliorare) <u>sulle principali criticità evidenziate dai dati MES e PNE (vedi appendice 1).</u> In base alle criticità evidenziate dall'analisi dei dati del Sistema di Valutazione MES e del PNE, i progetti di miglioramento nel triennio 2019-2021 sono: <ol style="list-style-type: none"> 5.1 <i>implementare un appropriata gestione del dolore rendendo operativo il Comitato Ospedale-Territorio senza dolore, per lo sviluppo di progetti di valutazione e formazione specifici</i> 5.2 <i>rendere omogenei i criteri di inserimento delle informazioni nel Sistema Atlante relative alla valutazione multidimensionale e presa in carico per cure palliative istituendo un gruppo di lavoro ad hoc</i> 5.3 <i>analisi organizzativa della gestione delle cure palliative (bisogni e risorse) coinvolgendo anche le associazioni dei pazienti, programmando appositi incontri con le direzioni di distretto ed i professionisti del settore</i> 5.4 <i>promozione dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci (antibiotici ecc.) e esami specialistici (Risonanza Magnetica ecc.) realizzando di incontri formativi con MMG e specialisti ospedalieri ed ambulatoriali sui criteri di appropriatezza</i> 5.5 <i>audit sulla qualità dei dati ed ove opportuno progetti di audit clinico nei presidi dove sono segnalati scostamenti dai valori medi nazionali PNE (in base ai dati pubblicati nel 2017: mortalità per scompenso cardiaco entro 30 gg; ricoveri > 3 gg in colecistectomia laparoscopica; interventi di resezione entro 120 gg per TM mammella; complicanze durante il parto e il puerperio nel parto naturale e nel parto cesareo)</i>

2. Accreditamento Istituzionale

L'Accreditamento rappresenta uno strumento di promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni, dell'efficacia e dell'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative, nonché nell'uso delle risorse.

Il **sistema di Accreditamento Istituzionale della Regione dell'Umbria** è stato adottato in attuazione dell'Intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 19/2/2015 col Regolamento regionale 26 settembre 2018, n. 10²⁴.

Il nuovo regolamento introduce novità significative:

- **nuovi requisiti** di accreditamento, **sia generali sia specifici** relativi ai principali processi organizzativi di tipo sanitario e socio-sanitario, che si applicano alle Strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche nella loro interezza
- **modifiche al procedimento** per il rilascio dell'accREDITamento:
 - a) le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche sono tenute ad attivare la procedura di AccREDITamento Istituzionale entro 90 gg dal rilascio di ogni nuova autorizzazione all'esercizio
 - c) per l'accREDITamento il nuovo regolamento prevede 2 tipi di audit:
 - audit preliminare, facoltativo, esteso a tutti i requisiti generali verificati presso la Direzione Aziendale ed i servizi di supporto ed a tutti i requisiti specifici, verificati presso almeno il 20% delle Unità Operative/Articolazioni Organizzative interessate;
 - audit di accREDITamento esteso a tutti i requisiti generali, verificati presso la Direzione Aziendale ed i servizi di supporto, ed a tutti i requisiti specifici, verificati presso almeno il 60% delle Unità Operative/Articolazioni Organizzative interessate.
 - d) l'AccREDITamento Istituzionale è soggetto a verifica triennale di mantenimento, previa presentazione di apposita istanza da parte del titolare della struttura accREDITata.

Pertanto per il triennio 2019-2021 la pianificazione dell'accREDITamento istituzionale (fatti salvi i tempi di istituzione dell'OTAR - Organismo Tecnicamente AccREDITante della Regione Umbria-), deve tenere conto dell'impegno, organizzativo e di tempo/lavoro, per l'allineamento ai nuovi requisiti, richiesto sia alla Direzione aziendale sia alle Unità Operative/Articolazioni Organizzative interessate.

Un quadro complessivo del numero e della complessa articolazione dei servizi accREDITabili si desume dalla articolazione dei Centri di responsabilità aziendali descritta nelle Linee guida al budget²⁵. Nel 2017 i centri di responsabilità coinvolti nella verifica della rispondenza ai requisiti di accREDITamento in toto sono 150, di cui

²⁴ https://welforum.it/wp-content/uploads/2018/10/Umbria_RR_10_2018.pdf

²⁵ Pag 6-8 Linee guida al budget 2018 in <http://www.uslumbria1.gov.it/notizie/linee-guida-al-budget>

61 ospedalieri, 57 distrettuali, 8 del Dipartimento Salute Mentale, oltre a 22 servizi di staff e di area centrale ed 8 strutture complesse nel Dipartimento di Prevenzione. L'allegato 3 mostra che i servizi territoriali sono distribuiti in 239 sedi. Le strutture autorizzate sono elencate in allegato 4 e le UO già accreditate sono in allegato 5.

Lo sviluppo del processo di accreditamento è una delle linee strategiche prioritarie, in quanto rappresenta un potente strumento di "governance" utile a standardizzare l'organizzazione e il modo di lavorare delle strutture, nonché a stimolare il miglioramento ed a riconoscere/valorizzare la qualità delle performance e dei risultati, che si concretizza nelle seguenti azioni.

	AZIONI
Accreditamento istituzionale	<ol style="list-style-type: none"> 1. definizione ed attuazione di un cronoprogramma²⁶ per il conseguimento, entro il triennio di vigenza del piano, dell'accREDITamento istituzionale dell'Azienda USL Umbria 1 in base al nuovo regolamento regionale 2. estensione della Rete Qualità a tutti i servizi da accreditare, per favorire il processo di accreditamento 3. supporto tecnico a progetti di accreditamento professionale o d'eccellenza approvati dalla Direzione Aziendale 4. revisione del Vademecum per l'accREDITamento istituzionale (DDG n. 68/2014) 5. stesura o revisione di Procedure Generali (PGS, PGA) e PDTA aziendali, nonché orientamento metodologico per la stesura di procedure operative o istruzioni nei servizi 6. predisposizione di un piano di verifica ed implementazione delle procedure adottate, per dare più sistematicità alle attività di monitoraggio di processi e procedure aziendali 7. pianificazione di audit interni per la verifica e la manutenzione del Sistema Qualità dei servizi e per lo sviluppo delle competenze del team degli auditor interni 8. sviluppo di un progetto di digitalizzazione della gestione dei documenti del Sistema Qualità aziendale e dei servizi 9. programmazione e realizzazione di percorsi di formazione sul campo rivolti ai servizi del Nucleo Operativo ed agli staff, per sostenere lo sviluppo di un SQ aziendale conforme ai nuovi requisiti di accREDITamento istituzionale (Vedi Piani Formativi annuali)

²⁶ La declinazione del cronoprogramma dell'accREDITamento istituzionale nel triennio 2018-2020 sarà sviluppata in accordo l'ufficio regionale e con l'OTAR (Organismo Tecnicamente AccredITante Regionale), che deve essere istituito dalla Giunta Regionale entro 60 giorni dall'approvazione del nuovo regolamento.

Il cronoprogramma terrà conto degli elementi di contesto citati sopra e del numero di UO da verificare, nonché dei servizi già accreditati e dello stato delle autorizzazioni all'esercizio della strutture.

3. Appropriatelyzza, Equità e Umanizzazione

L'Azienda USL Umbria 1 è da anni impegnata, su input nazionale e regionale, a migliorare l'appropriatelyzza e tempestività delle cure e ad assicurare l'equo accesso all'assistenza di tutti i cittadini.

Questo soprattutto attraverso l'inserimento sistematico nel piano annuale d'attività – budget di obiettivi finalizzati a :

- promuovere l'appropriatelyzza e la sicurezza delle cure con adesione a linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici o procedure basati sull'evidenza scientifica, anche mediante una adeguata gestione delle documentazione clinica (cartella informatizzata) e dell'informazione consapevole del paziente (consenso informato)
- migliorare l'appropriatelyzza della ricovero in area medica, chirurgica e riabilitativa, sia promuovendo l'utilizzo di specifici setting assistenziali (es: day surgery/hospital, osservazione breve, interventi ambulatoriali, Stroke unit, Breast Unit); sia favorendo il recupero funzionale e la riduzione delle complicanze e disabilità con adesione a specifiche procedure (es: chirurgia mini-invasiva, gestione del dolore, prevenzione di cadute e lesioni da pressione, prevenzione di infezioni ospedaliere e complicanze trombo-emboliche ecc.)
- favorire l'umanizzazione dell'assistenza curando l'accoglienza/la relazione col paziente e mettendo il paziente al centro del processo di cura, tramite la presa in carico globale degli aspetti fisici, psicologici, relazionali e sociali

	AZIONI
Appropriatelyzza, Equità e Umanizzazione	<ol style="list-style-type: none">1. Includere obiettivi di appropriatelyzza, equità/tempestività e umanizzazione della cure nel piano d'attività annuale-budget2. Rafforzare il sistema premiante valorizzando i buoni risultati ottenuti in questi ambiti3. Dare evidenza ai risultati ottenuti (<i>festeggiamo il successo !!!</i>) diffondendoli pubblicamente ed organizzando eventi di comunicazione al pubblico ed agli stakeholders4. Mettere a fuoco le criticità ancora presenti, analizzandole e progettando attività di miglioramento con le metodologie e gli strumenti del PDCA (PLAN DO CHECK ACT) (vedi obiettivi del paragrafo 1 Valutazione dei processi e degli esiti)

4. Gestione integrata del Rischio

La nuova norma ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la qualità” afferma che il **risk-based thinking** (pensiero basato sul rischio) è essenziale per il conseguimento di un efficace sistema di gestione della qualità. Il punto 6.1 della suddetta norma ISO, relativo alle azioni per affrontare rischi e opportunità, richiede che l’organizzazione riconosca i rischi e le opportunità rilevanti e definisca azioni, obiettivi e piani per affrontarli, integrando e attuando tali azioni nei processi del Sistema Qualità ed infine valutandone l’efficacia. Il nuovo regolamento di accreditamento regionale fornisce indirizzi in tal senso ai requisiti 1.03²⁷ e 6.1²⁸

Dal punto di vista operativo nell’Azienda USL Umbria 1, la dimensione della gestione del rischio (delle cure, del personale e degli ambienti di lavoro, informatico, di riservatezza dei documenti, di corruzione ecc.) si concretizza in linee d’intervento che coinvolgono in primo luogo i servizi di staff²⁹ ed i servizi amministrativi³⁰.

Gli obiettivi e le azioni programmate in questo campo sono esplicitati da specifici documenti di pianificazione a cui si rimanda:

- Piano di attività per la gestione del rischio clinico
- DVR (Documenti di Valutazione del Rischio) e relativi piani (proposti dal Servizio Sicurezza Aziendale)
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza
- Documenti per la sicurezza informatica e per la protezione della privacy

Tutti questi documenti sono di norma fondati sulla mappatura dei rischi (es: rischio clinico³¹, rischio di corruzione³², rischi per la sicurezza dei lavoratori, rischio informatico, rischio di violazione della privacy ecc.) e sulla conseguente pianificazione periodica di obiettivi ed azioni per affrontarli.

Attualmente lo scenario che si sta delineando per le Aziende Sanitarie dimostra come la **“gestione integrata del rischio”** diventi sempre più uno strumento di controllo gestionale e di management a supporto delle Direzioni Aziendali capace di superare la frammentazione di gestione dei singoli rischi in maniera separata che spesso può comportare risultati inefficaci.

²⁷ Requisito 1.03 Nel pianificare il proprio sistema di gestione l’organizzazione deve tener conto del suo contesto (*fattori interni ed esterni rilevanti per le sue finalità e indirizzi strategici*), delle esigenze e aspettative della parti interessate e determinare rischi e opportunità che necessario affrontare per: - fornire assicurazione che il sistema di gestione possa conseguire i risultati attesi, - accrescere gli effetti desiderati, - prevenire o contenere gli effetti indesiderati
- conseguire il miglioramento

²⁸ Requisito 6.2.01 L’organizzazione deve definire in **modo documentato** responsabilità, criteri e risorse per la gestione integrata del rischio ambientale (es. *eventi catastrofici*), rischio operatore (es. *rischio fisico, chimico, biologico*) e rischio paziente (es. *rischio clinico*) che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza

²⁹ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/servizi-di-staff>

³⁰ <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/unita-operative-amministrative>

5. Formazione per la qualità

La diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze sulle tematiche del presente Piano è una delle linee strategiche basilari per la crescita della cultura della qualità e della comunicazione nell'Azienda USL Umbria 1.

In base all'esperienza condotta in questi anni in questo campo le tipologie di percorsi formativi da programmare sono:

- corsi specifici sull'accreditamento istituzionale, con docenti qualificati sui Sistemi di Gestione della Qualità, indirizzati ai team che iniziano il percorso per il conseguimento dell'Accreditamento Istituzionale
- corsi di formazione per auditor interni del Sistema Qualità aziendale
- corsi di formazione-lavoro per sostenere lo sviluppo del sistema qualità (redazione/revisione e condivisione dei documenti) nelle UO
- eventi formativi tematici finalizzati alla diffusione condivisione e confronto su argomenti inerenti la qualità e la comunicazione
- altri percorsi formativi di norma "sul campo", per supportare progetti di miglioramento della qualità (es: definizione di PDTA, progetti di audit clinico ecc.)

La pianificazione della formazione in questi ambiti sarà effettuata annualmente in base agli obiettivi operativi da perseguire e sarà proposta dallo staff SQC oppure dalle Macrostrutture/Unità Operative aziendali, concordandola con lo staff stesso.

RISORSE ECONOMICHE

Per la realizzazione delle attività previste nel Piano Qualità 2019-2021 è necessario prevedere **risorse economiche** specifiche:

- **per l'accreditamento istituzionale** (l'entità di tali risorse sarà determinata dopo l'emanazione di regolamenti e procedure regionali per l'accreditamento istituzionale)
- **per la formazione del personale** (vedi nel Piano Formazione Annuale i corsi per pianificati dallo staff SQC o dai Dipartimenti/Distretti per lo sviluppo del Sistema Qualità)

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO

Il processo di valutazione consiste nel verificare la rispondenza tra la pianificazione e l'attuazione di ciò che è previsto dal piano, fino all'esame dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di sviluppo delle azioni che il piano stesso stabilisce. In particolare ci sono tre livelli di valutazione:

- Verifica del raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della qualità inseriti nelle schede di budget dello Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione e/o assegnati alle Macrostrutture aziendali;
- Verifica dell'efficienza e dell'efficacia delle singole azioni (congruenza tra obiettivi e strumenti): in questo ambito deve essere verificato il funzionamento dei processi di sviluppo del sistema qualità aziendale e dei progetti di miglioramento derivanti dal Piano Qualità
- Monitoraggio periodico della gestione del sistema qualità dei servizi, attraverso l'esecuzione di audit interni, nonché audit esterni finalizzati al conseguimento dell'accreditamento istituzionale aziendale

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il Piano Qualità 2019-2021 sarà distribuito a:

- Direzioni di Presidio
- Direzioni di Dipartimento
- Direzioni di Distretto
- Direzioni dei Servizi di Area Centrale (servizi di staff e servizi amministrativi).

Come tutti i documenti del SGQ, questo Piano triennale, una volta approvato ed emesso sarà pubblicato nel sito intranet aziendale in formato Pdf al link <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/atti-e-documenti-000>, in modo che ciascun operatore possa prenderne visione in qualsiasi momento.

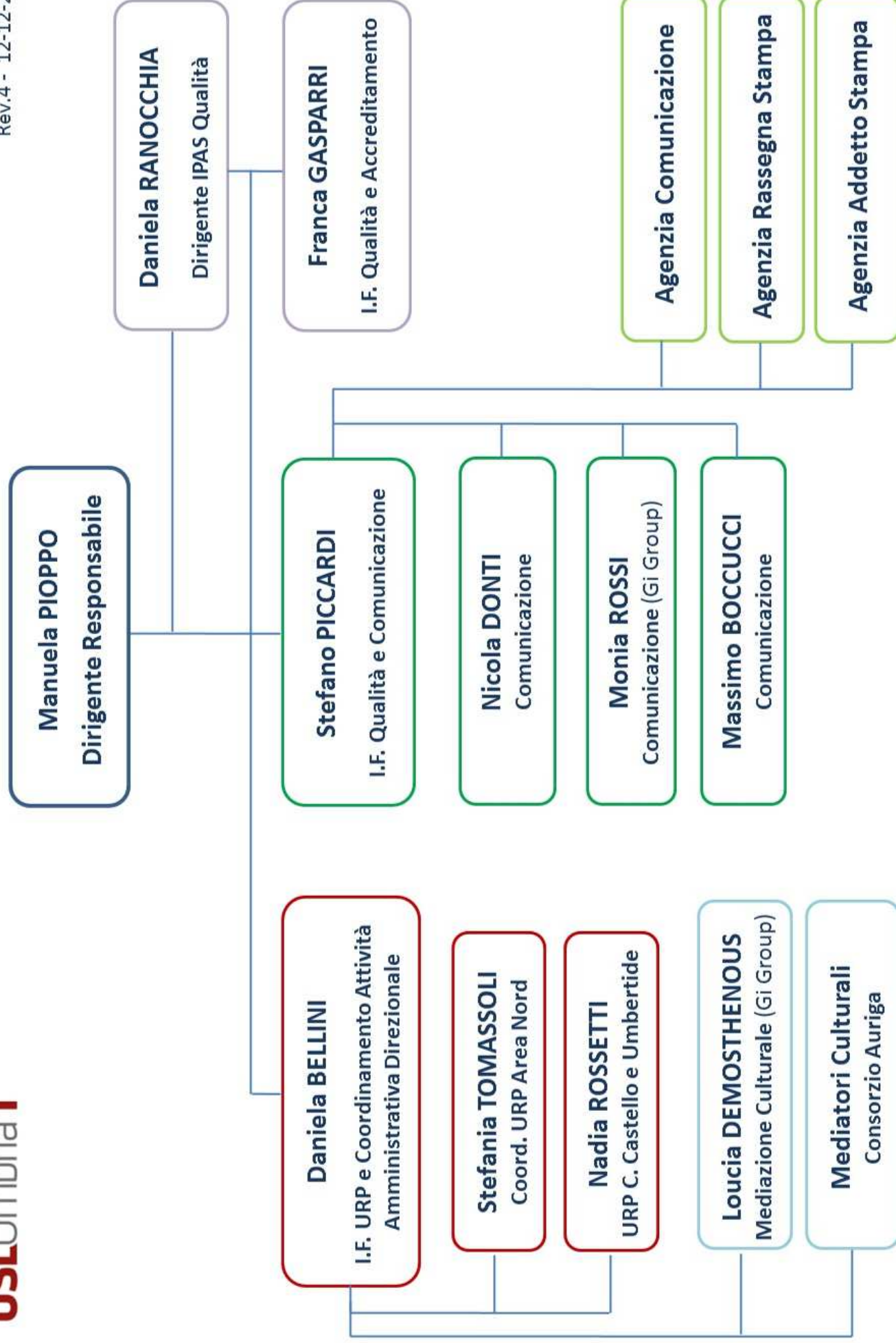
La responsabilità della distribuzione è a due livelli³³:

1. il primo livello di responsabilità è in capo allo staff Sviluppo Qualità e Comunicazione. Questo livello è responsabile della trasmissione del documento ai destinatari inseriti nella lista di distribuzione;
2. il secondo livello di responsabilità è in capo a coloro che ricevono il documento dal primo livello. Costoro trasmettono a loro volta il documento ai professionisti delle strutture/servizi che lo dovranno applicare.

Inoltre la disseminazione si avvarrà del supporto degli RGQ (Responsabile Gestione Qualità) e FQ (Facilitatore Qualità), attraverso sessioni formative, riunioni, brevi incontri o altro strumento ritenuto appropriato.



³³ [PGS01 Gestione dei documenti e delle registrazioni](#)



Allegato 2 PQ 2019-2021: LA RETE QUALITÀ DELL'AZIENDA USL UMBRIA 1

I nodi della rete Q

La rete Qualità dell'Azienda USL Umbria 1 è costituita da personale che, all'interno del servizio a cui è assegnato esercita funzioni di Facilitatore Qualità (FQ) o di Responsabile Gestione Qualità (RGQ) della struttura a cui afferisce, supportando il Dirigente Responsabile della struttura nella gestione del Sistema Qualità.

Questa funzione, nell'ambito del incarico assegnato, sarà inserita fra gli obiettivi individuali annuali¹ sui quali i professionisti individuati saranno valutati ed incentivati.

I criteri per l'individuazione di queste figure sono sotto indicati:

- **FQ:** è il coordinatore delle professioni sanitarie dell'Unità Operativa, che può esercitare tale funzione direttamente o delegandola formalmente ad uno dei collaboratori del comparto
- **RGQ:** è un dirigente medico o una posizione organizzativa individuati da ciascun Responsabile di Macrostruttura (Distretto, Presidio, Dipartimento) e, utile, di Servizio.

L'individuazione dell'RGQ sarà effettuata dai Responsabili delle strutture in accordo con lo staff Sviluppo Qualità e Comunicazione, sentito anche il Servizio delle Professioni Sanitarie per il personale del comparto.

Le funzioni della rete Q

RGQ

- Mantiene rapporti con lo Staff SQC per tutte le attività relative alla gestione del SQ
- Promuove la realizzazione e/o garantisce il mantenimento del SGQ in un'ottica di miglioramento continuo
- Contribuisce alla redazione/aggiornamento dei documenti utili per dare evidenza delle attività svolte (Standard di Prodotto, Elenco documenti e registrazioni, Carta dei Servizi, Piani attività e formazione, ecc)
- Garantisce il recepimento e l'applicazione delle procedure di sistema e aziendali per la parte di interesse
- Verifica e approva, procedure ed istruzioni elaborate ed applicate all'interno della propria organizzazione

¹ Art 5 del Regolamento del Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance individuale del personale della AZIENDA USL UMBRIA 1 - DDG n. 564 del 19.04.2017

- Supporta la realizzazione del Riesame della Direzione da parte del direttore delle strutture afferenti, garantendone la condivisione e la trasmissione allo Staff SQC
- Promuove l'utilizzo di strumenti per monitorare le performance e le attività in un'ottica di appropriatezza qualità e sicurezza (gestione delle NC e AC, indicatori, FMEA, audit clinico, progetti di miglioramento Q....)
- Promuove l'integrazione e la collaborazione inter ed intra professionale, supportando il lavoro di squadra e avvalendosi della collaborazione dei facilitatori per la qualità
- Favorisce la comunicazione tra le UO, tra gli operatori e con lo Staff SQC per le problematiche inerenti il SQ
- Propone programmi di formazione/aggiornamento e qualifica su temi qualità per il personale della struttura di riferimento
- Collabora alle iniziative promosse dallo Staff Sqc.

FQ

- Collabora con il RGQ alla realizzazione del SQ
- Garantisce il recepimento e l'applicazione delle procedure di sistema e aziendali per la parte di interesse
- Diffonde ed utilizza nella propria struttura i documenti del SGQ, comprese le pgs e le pga di interesse, monitorandone l'applicazione
- Favorisce l'elaborazione di procedure e istruzioni solo se utili a tenere sotto controllo e migliorare attività importanti e/o a rischio
- Coordina le attività per l'elaborazione dei documenti individuati
- Verifica la correttezza ed il livello di revisione di procedure e istruzioni già in uso
- Facilita la gestione delle NC e AC, il monitoraggio di indicatori, gli audit clinici e FMEA, i progetti di miglioramento Q
- Collabora alle iniziative sulla Qualità promosse dal Responsabile e/o dallo Staff SQC

1. INDICATORI DI QUALITÀ NEL BUDGET ANNUALE ED ALTRI DATI SUI PROCESSI AZIENDALI

L'azienda dispone di molteplici sistemi che permettono di valutare la qualità dei processi clinici ed organizzativi.

I dati derivanti da questi sistemi sono utilizzati:

- nell'ambito del **processo di programmazione e controllo annuale (budget)**, con indicatori che misurano la qualità dei processi clinico assistenziali ed organizzativi in termini di: efficacia/efficienza (es: coperture vaccinali, screening), potenziale inappropriata (es: del ricovero, della procedura e del setting assistenziale, prescrittiva specialistica e farmaceutica...), tempestività ed equo accesso alle prestazioni (es: RAO, attesa media per chirurgia oncologica...), messa a regime di percorsi per favorire l'appropriatezza (es: Breast Unit, OB post-chirurgica), accoglienza e umanizzazione delle cure
- con **sistemi di valutazione ad hoc** che monitorano la qualità di processi organizzativi, clinici e relazionali, tra i quali si citano i più consolidati: monitoraggio della qualità cartella clinica e dell'adesione a procedure (consenso informato, rischio di cadute e di lesioni da pressione, profilassi trombo embolica, check list di sala operatoria, monitoraggio del parto e post-partum, stesura del progetto riabilitativo); monitoraggio del dolore nella giornata indice; monitoraggio dei reclami; indagini di qualità percepita; incident reporting; monitoraggio delle infezioni ospedaliere.

Dati e informazioni emergenti da questi sistemi di valutazione sono utilizzati, nell'ottica del PDCA, per orientare la pianificazione di budget annuale o per attivare iniziative di miglioramento della qualità, volte a correggere le non conformità dei processi ed a migliorarne gli outcome, in un ottica di miglioramento continuo.

2. INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI (Laboratorio Management e Sanità (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)

Per la valutazione esterna e multidimensionale dei propri risultati, l'Azienda USL Umbra 1 integra da anni l'analisi dei dati di budget con quella derivante dal Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi sanitari regionali (vedi specifico capitolo della Relazione sanitaria aziendale 2017¹). Si tratta di un sistema che valuta la qualità dei servizi resi e l'efficienza/efficacia delle attività svolte nell'ambito di un network di regioni, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

I risultati completi 2016 e 2017 sono consultabili nei report disponibili anche in Intranet².

Il sistema esplora sei dimensioni³ e stima le performance ottenute da ciascuna azienda sanitaria rappresentandole con colori: dal verde scuro al verde chiaro (performance ottima o buona), al giallo (performance media), all'arancio e rosso (performance scarsa o molto scarsa).

La rappresentazione avviene tramite:

- il **"bersaglio"**, che offre un immediato quadro di sintesi sulle performance riguardanti la capacità di perseguimento delle strategie regionali, evidenziando punti di forza e di debolezza (vedi figura 1)
- gli **istogrammi** che mostrano in dettaglio i singoli indicatori (vedi report completo in Intranet)
- una presentazione dei dati per **"percorsi assistenziali"** (vedi figure 2 in allegato), per valutare le performance secondo la prospettiva del paziente, rappresentandole come "note" di un pentagramma a cinque fasce⁴, per *"suonare la musica del paziente"* nel suo percorso di diagnosi e cura. Con questo approccio il MES ha analizzato il percorso materno-infantile, il percorso oncologico, il percorso cronicità ed il percorso emergenza-urgenza

¹ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance> pag 136

² <http://intranet.aslumbria1.local/index.php/modulistica/category/298-valutazione-performance-ed-esiti>

³ Le sei dimensioni della valutazione sono: A - la valutazione dello stato di salute della popolazione; B - la valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali; C - la valutazione socio-sanitaria; D - la valutazione esterna (dei cittadini); E - la valutazione interna (degli operatori); F - la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa.

⁴ Per valutare le performance nella prospettiva del paziente, è stata proposta una rappresentazione dei risultati che accanto al bersaglio ha predisposto dei "pentagrammi" a cinque fasce, capaci di rappresentare le diverse fasi dei percorsi assistenziali principali dei pazienti. L'obiettivo è di superare la logica dei setting assistenziali contrapposti, a favore di una rappresentazione che supporti la crescita della consapevolezza di tutti gli operatori sulla necessità di garantire la continuità delle cure e la condivisione della presa in carico del paziente fase dopo fase.

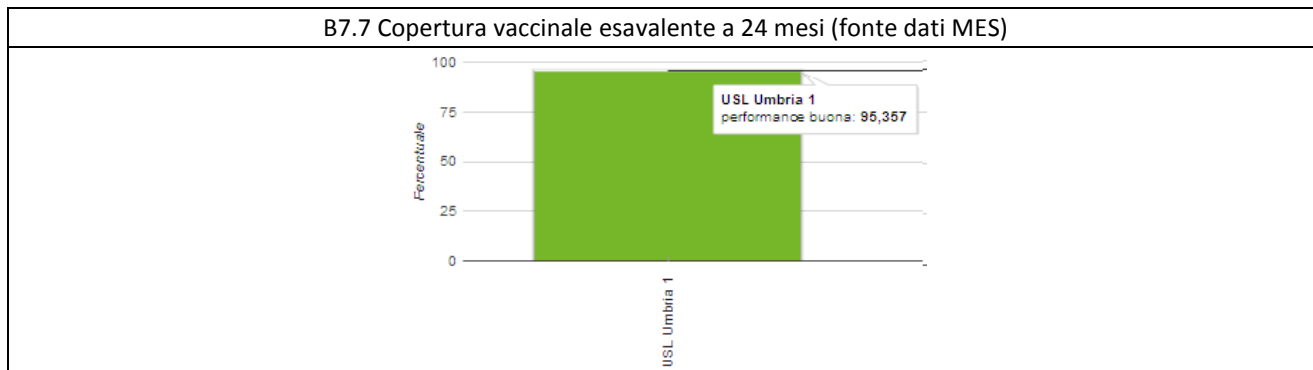
La rappresentazione a **bersaglio** degli indicatori di performance 2017 dell'Azienda USL Umbria n.1 mostra:

- buoni risultati, evidenziati dal posizionamento degli indicatori sempre più verso il centro e da miglioramenti in alcuni ambiti che erano critici nel 2016, tanto che nessuno degli indicatori nel 2017 è in "area rossa"
- che ci sono margini di miglioramento in alcuni ambiti in cui l'USL Umbria 1 si colloca ancora in area "arancio" del bersaglio o del "pentagramma" dei percorsi assistenziali

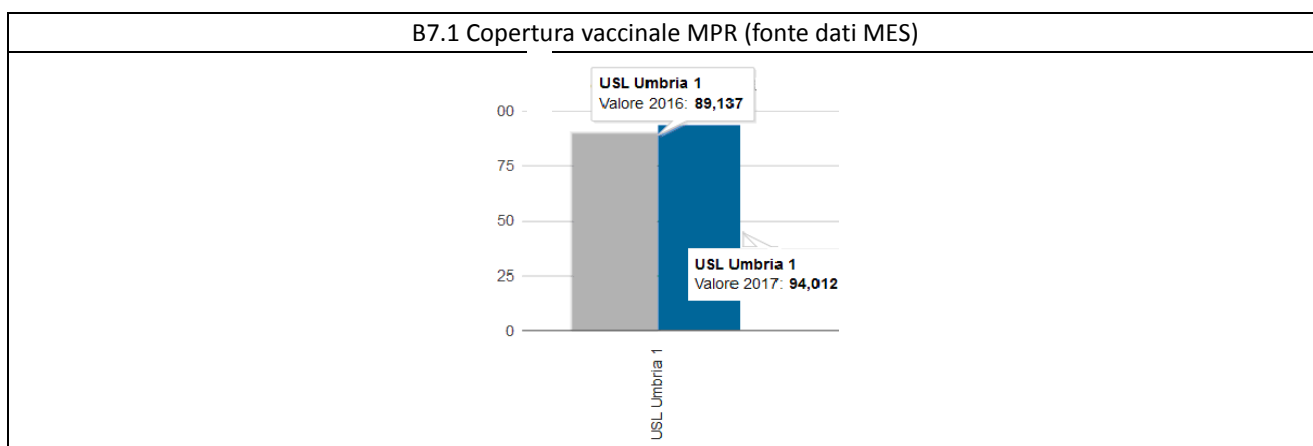
I risultati sono analizzati più in dettaglio di seguito.

2.1 Prevenzione

In ambito di prevenzione c'è stato un miglioramento delle coperture vaccinali, in particolare si è registrato il raggiungimento di un valore superiore al 95% di copertura per l'Esavalente (obiettivo di copertura della popolazione target a livello nazionale)⁵.



Altro importante risultato in ambito vaccinale si è ottenuto con le buone coperture per il vaccino MPR, vaccino trivalente (morbillo, parotite e rosolia), il cui obiettivo a livello nazionale è 95% della popolazione target. L'Usl Umbria 1 è passata dall' 89,14 % del 2016 al **94,01% del 2017** con un incremento di circa 5 punti percentuali.



Anche per la **vaccinazione anti-influenzale**, si è avuto un incremento di copertura, passando dal 61,74% di vaccinati nel 2016 al **63,13% nel 2017**, con un indubbio miglioramento, che però colloca ancora l'indicatore in area "arancio".

Invece la **copertura vaccinale per varicella** è ancora bassa (**1,93%**) poiché la vaccinazione è stata introdotta in Umbria solo a settembre 2017, col nuovo piano vaccinale.

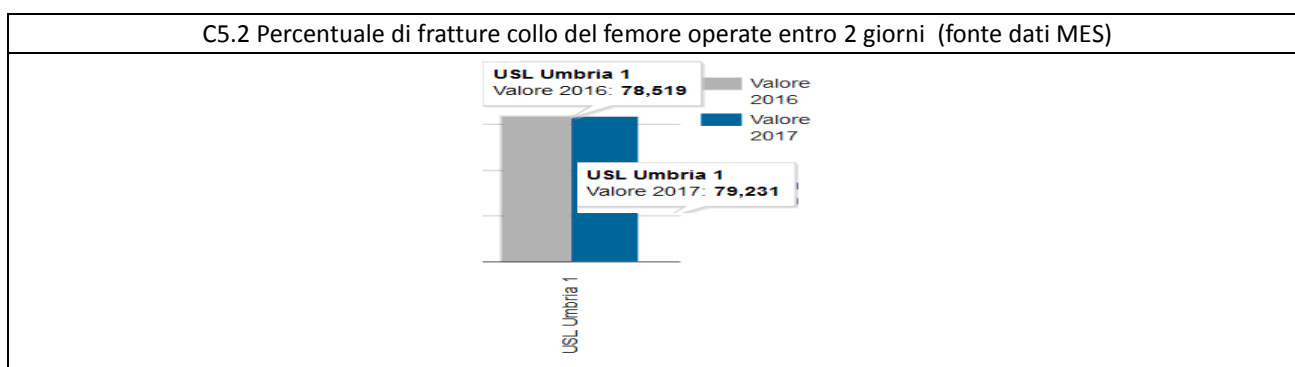
Anche gli **screening oncologici** confermano la **buona performance** complessiva dell'USL Umbria 1.

⁵ Il vaccino esavalente contiene i 6 antigeni contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B.

2.2 Assistenza Ospedaliera

Buoni risultati si registrano anche per l'attività di ricovero, sia medica che chirurgica considerando:

- il miglioramento dei tempi di **attesa per la chirurgia oncologica**⁶ dove l'indicatore è passato dal 32,76 gg del 2016 ai 28,89 gg nel 2017, anche grazie alla ottimizzazione della gestione del percorso chirurgico, le cui fasi sono regolamentate da apposite procedure aziendali
- gli ottimi risultati aziendali in ambito di **chirurgia ortopedica**, con l'indicatore % di fratture del collo del femore operate entro due giorni che è passato dal 78,5% al 79,23%⁷. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura ed un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare tempestivamente il paziente al reparto, considerando che in alcuni casi specifici il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione.



Le criticità che permangono in ambito ospedaliero sono relative a:

- **abbandoni da Pronto Soccorso e dimissioni volontarie**⁸, aspetti che potrebbero indicare un'insoddisfazione degli utenti nei confronti del servizio;
- **nel percorso oncologico**⁹, dove i risultati sono penalizzati dai bassi volumi e dalla dispersione della casistica per il TM prostatico, ma soprattutto dalla **bassa % di asportazioni di linfonodo sentinella per il TM mammario**

⁶ (indicatore MES C10c) che sta ad indicare il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore ed il ricovero stesso.

⁷ risultando pertanto molto buono rispetto al network MES e al di sopra del valore ottimale (70%) del "Piano Nazionale Esiti".

Il razionale di tale indicatore prevede che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, la tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è quindi una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale

⁸ **AMBITO OSPEDALIERO- INDICATORI CRITICI:**

D9 Abbandoni da Pronto Soccorso ■ 4,03 Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico, sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica. Questo aspetto va monitorato con attenzione, perché un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta, come rilevato in letteratura, un'evidente insoddisfazione per il servizio erogato

D18 Percentuale dimissioni volontarie ■ 1,13

L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.

- **nell' area materno-infantile**¹⁰, dove è superiore alla media del network regionale il tasso di parti cesarei (depurati)
- **in ambito pediatrico**¹¹ dove sono in area "arancio" i tassi di ospedalizzazione nel primo anno di vita (46,2%) e per tonsillectomia per 100mila residenti (297,5).

Per le performance sull'integrazione ospedale-territorio e delle malattie croniche si vedano gli specifici paragrafi sotto riportati

⁹ **PERCORSO ONCOLOGICO – INDICATORI CRITICI:**

C17.5 Volumi interventi per tumore maligno alla prostata ■0,45

C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata ■0,00 %

C17.5.2 Indice di dispersione casistica in reparti sotto soglia per interventi per tumore maligno alla prostata ■41,02

Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di reparto.

C10.2 Tumore alla mammella ■1,83

C10.2.2 % di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella ■19,64 %

Si considerano, per il calcolo del denominatore, i soli casi incidenti. Si considera incidente, il primo intervento

¹⁰ **C7 MATERNO-INFANTILE** ■2,25

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) ■26,29%

C7.1.2 Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson 11,02%

C7.1.3 Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson 28,07%

C7.1.4 Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati 11,15 %

C17.4 Volumi per parti

C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti 46,83 %

C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti 79,57 Indice

C7.2 Percentuale di parti indotti 16,24 %

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) ■12,72 Percentuale %

C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) ■5,96 Percentuale %

C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum 0,48 Per 1.000 %

C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva 7,57 %

C7.13.1 Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva

C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza < 4 12,25 %

C7.14.1 Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4

C7.16 Accesso area maternità del consultorio

C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum

C7.12.3 % di allattamento esclusivo a tre mesi

C7.12.4 % di allattamento esclusivo a cinque mesi

C8a.3 Tasso concepimento per minorenni 1,94 Tasso per 1.000

¹¹ **C7D PEDIATRIA** ■2,57

C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica ■8,65 Tasso per 100

C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) ■46,22 Tasso per 100

C7.7.4 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni) 6,27 Tasso per 100

C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) ■22,05 Tasso per 100.000

C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni) ■158,23 Tasso per 100.000

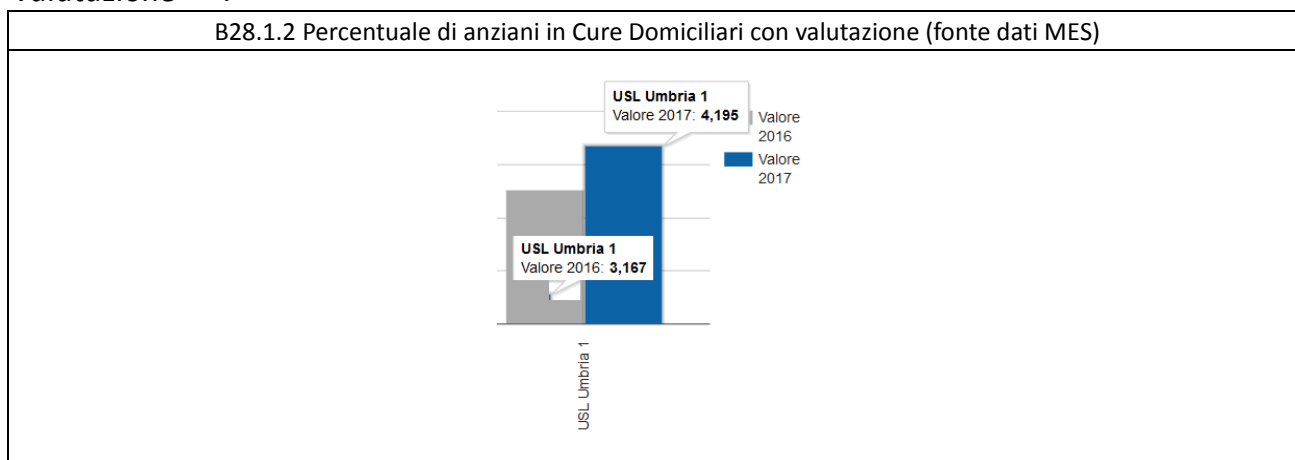
C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti ■297,48 Tasso per 100.000

C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die ■20,63 DDD per 1000

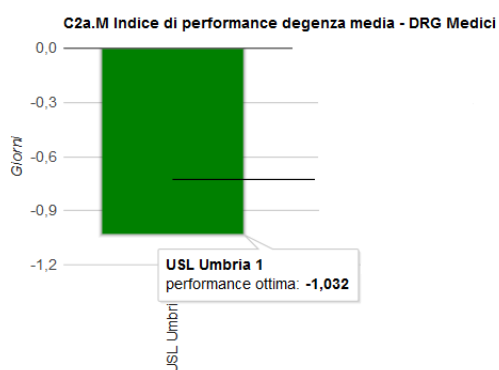
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica DDD per 1000 res. pes. die ■2,39 DDD per 1000

2.3 Cure Domiciliari e Cure Palliative

Le azioni di miglioramento messe in campo nel 2017¹² hanno contribuito ad un incremento dell'indicatore sulle **cure domiciliari** "B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione"¹³.



Nell'attività territoriale ci sono state ricadute positive e tale situazione ha avuto ripercussioni anche in ambito ospedaliero, dove si è registrato, rispetto al 2016, il miglioramento dell'indice di performance della degenza media dei DRG medici¹⁴



¹² potenziamento delle cure domiciliari e delle cure intermedie finalizzate anche all'ottimizzazione della presa in carico del paziente, anche grazie all'istituzione della Centrale Operativa Territoriale (COT: DDG n.1681 del 19/12/2017), un modello teso a garantire la continuità assistenziale ospedale/territorio, l'integrazione con il medico di medicina generale e l'assistenza territoriale.

¹³ % di anziani in CD con valutazione: calcolato dal "Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management-Scuola Superiore Sant' Anna (MES)" del cui network l'Umbria fa parte. L'indicatore misura la Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione, ovvero i casi per i quali è stata effettuata una valutazione utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare.

¹⁴ L'indicatore permette di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse, indicatore proxy di una migliore appropriatezza dell'evento ricovero in medicina.

Tuttavia l'indicatore complessivo dell'assistenza domiciliare e residenziale¹⁵ permane ancora in area "arancio", segnalando uno scostamento dalla media del network delle regioni, probabilmente generato anche da modalità non omogenee di registrazione delle valutazioni multidimensionali nel sistema informatizzato dell'ADI (Atlante).

È da analizzare con attenzione la performance dell'USL Umbria 1¹⁶ sulle **cure palliative** dove appaiono scostamenti dalla media delle regioni del network, sia nella presa in carico complessiva (40,16 % i pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative, diminuito rispetto al 44,88% del 2016), sia nella tempestività della risposta (53,42 % ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= a 3 giorni, anch'esso diminuito rispetto al 59% del 2016), così come rimane basso rispetto alla media delle regioni il consumo farmaci oppioidi (1,71 DDD per 1000).

Aspetti tutti che meritano un approfondimento, sia sulla qualità del dato fornito dai sistemi informativi aziendali (Atlante), sia sulle criticità organizzative dei servizi ADI ed Hospice e sulla formazione dei professionisti ed informazione dei cittadini, tenendo conto che:

- la gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice). L'obiettivo è lo standard nazionale del 65% sul numero totale di deceduti per patologia oncologica in carico alla rete Cure Palliative (DM 43/2007), un livello da cui la performance aziendale si discosta significativamente

¹⁵ CURE DOMICILIARI E CURE PALLIATIVE

B28 Cure domiciliari ■ 1,66

B28.1.1 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari **12,47**

B28.1.1b Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare **26,22 Tasso per 1.000**

B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione ■ **4,20**

B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e i giorni festivi **11,01**

B28.2.5 Percentuale ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni ■ **7,22**

B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA>0.13 per over 65 in Cure Domiciliari ■ **78,46**

B28.2.10 Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera **56,35**

B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni **5,18**

B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni **29,54**

B28.2.13 Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente **2,63 Tasso per 1.000** *B28.2.14 Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente* **0,06 Tasso per 1.000** *B28.2.15 Tasso di PIC in assistenza domiciliare con CIA 1* **11,31 Tasso per 1.000**

B28.2.16 Tasso di PIC in assistenza domiciliare con CIA 2 **6,91 Tasso per 1.000**

B28.2.17 Tasso di PIC in assistenza domiciliare con CIA 3 **1,97 Tasso per 1.000**

B28.2.18 Tasso di PIC in assistenza domiciliare con CIA 4 **5,28 Tasso per 1.000**

B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA **8,98 Tasso per 1.000**

B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni **7,25**

B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni **7,61**

C28 Cure Palliative ■ 1,62 vs 1,68 nel 2016

C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative ■ 40,16 vs 44,88 nel 2016 (media regioni 48,219) - standard nazionale è almeno il 65%

C28.2 Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg 51,14 vs 59,26 nel 2016 (media regioni 74,69) - standard nazionale è almeno il 40%

C28.2b Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= a 3 giorni ■ 53,42 vs 60,2 nel 2016 (media regioni 71,97) - standard nazionale è almeno il 40% (DM 43/2007).

C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni ■ 10,94 vs 9,86 nel 2016 (media regioni 14,70) - standard nazionale è un valore <=25% (DM 43/2007).

B4 Consumo farmaci oppioidi maggiori ■ 1,21

B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi ■ **1,71 DDD per 1000**

- la presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva, con un tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice \leq a 3 giorni. L'obiettivo dello standard nazionale è almeno il 40% (DM 43/2007). La performance dell'USL Umbria 1 (51%) si colloca al di sopra di questo valore ma è comunque inferiore alla media delle regioni del network che è 74,69%)
- il consumo di farmaci oppioidi (1,71 DDD per 1000) è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto. Come riferimento si consideri che il valore medio del network è 2,493 e il valore più elevato 3,95 DDD per 1000 (FVG), mentre la vicina USL Umbria 2 ha un consumo territoriale di farmaci oppioidi pari a 2,22 DDD per 1000;

Sia per questi ultimi dati sia per quelli relativi all'ADI sarà istituito un gruppo di lavoro ad hoc per migliorare i criteri di inserimento delle informazioni nel Sistema Atlante.

Sulle cure palliative inoltre sarà proposto alle Direzioni di Distretto un approfondimento mediante un'analisi organizzativa di bisogni e risorse.

2.4 Integrazione Ospedale Territorio e Gestione della Cronicità

I livelli di performance dell'Azienda USL Umbria 1 sono in linea con quelli del network delle regioni, sia per l'indicatore di efficacia assistenziale delle patologie croniche¹⁷ sia per l'indicatore di integrazione ospedale - territorio¹⁸. Ma è necessario un ulteriore sforzo di analisi ed organizzativo sull'assistenza territoriale ai malati cronici, perché alcuni indicatori segnalano ancora una performance scarsa: ospedalizzazione per patologie suscettibili di cure ambulatoriali¹⁹ (10,37 /mille) e molto scarsa: tasso di amputazioni maggiori per diabete (44,96 /milione).

¹⁷ C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche **2,24**

C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) **213,70** Tasso per 100.000

C11a.1.1.1 Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18 398,21 Tasso per 100.000 C11a.2.1

Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) **28,34** Tasso per 100.000

C11a.2.1.1 Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18 36,09 Tasso per 100.000

C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) **44,96** Tasso per milione

C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) **60,88** Tasso per 100.000

C11a.3.1.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18 75,49 Tasso per 100.000

¹⁸ C8a Integrazione ospedale - territorio **2,59**

C8a.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31-180 giorni 6,42 Percentuale

C8b.2 Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti **1,13** Tasso per 1.000

C8b.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso **343,44** Tasso per 1.000

C8c.1 Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente 151,49 x 1000

C8c.2 Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente 167,42 x 1000

C8c.3 Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente 152,74 x 1000

C16T.4 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti **10,37** Tasso per 1.000

C8a.20 Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno 54,16 Percentuale

¹⁹ Si considerano patologie suscettibili alle prestazioni ambulatoriali :

Sifilide: diagnosi di dimissione 090.xx;

Condizioni prevenibili e correlate all'immunizzazione: diagnosi di dimissione 033.*, 045.*, 391.*, 037, 390, 320.0 (per quest'ultima diagnosi, età compresa tra 1 e 5 anni);

Epilessia: diagnosi di dimissione 345.*;

Convulsioni: diagnosi di dimissione 780.3x;

In questa direzione recentemente, fra le azioni e procedure poste in essere nella gestione della cronicità, la USL Umbria 1

- ha adottato il Piano Aziendale Cronicità (DDG n. 1730 del 22/12/2017) per favorire l'integrazione Ospedale Territorio e un approccio omogeneo e basato sulla centralità della persona
- sta sviluppando percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali per la gestione di quattro patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, BPCO e demenze senili)
- sta partecipando al Progetto CCM Progetto CCM 2017 "Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio" (DDG 5037 del 10.04.2018) che si inserisce nel percorso di attuazione del Piano Cronicità
- sta implementando le AFT, forme organizzative di Medici di Medicina Generale e Medici della Continuità Assistenziale che integrano gli orari di ambulatorio dei propri Medici di famiglia per garantire attività ambulatoriale h 12 nelle seguenti fasce orarie diurne, con dotazione di adeguata strumentazione informatica, collegamento ai software gestionali resi disponibili dai Medici di Medicina Generale, al Fascicolo Sanitario Regionale e al sistema regionale di ricetta dematerializzata, per consentire a tutti i componenti dell'AFT una gestione integrata dell'assistenza.

Il progetto di riorganizzazione delle cure primarie territoriali prevede inoltre che ciascuna AFT venga dotata di personale infermieristico con l'obiettivo di assicurare interventi di medicina di iniziativa, di assistenza ai pazienti cronici e in assistenza domiciliare.

Gravi infezioni di ORL (orecchio, naso e gola): diagnosi di dimissione 462, 463, 4721,465.*, 382.*(per quest'ultima diagnosi, escluso codice intervento principale 20.01);

Tubercolosi polmonare: diagnosi di dimissione 011.*;

Altre tubercolosi: diagnosi di dimissione: 012.*, 013.*, 014.*, 015.*, 016.*, 017.*, 018.*;

BPCO: diagnosi di dimissione 491.*, 492.*, 496, 490;

Bronchite acuta: diagnosi di dimissione: 466.0 e almeno una delle diagnosi secondarie 491.*, 492.*, 494.*, 496;

Polmonite batterica: diagnosi di dimissione 483.*, 481, 482.2, 482.3x, 482.9, 485, 486, (si escludono i pazienti con una delle diagnosi secondarie 282.6x, età minore di 1 anno);

Asma: diagnosi di dimissione 493.*;

Insufficienza cardiaca congestizia: diagnosi di dimissione 402.01, 402.11, 402.91, 518.4, 428.* (sono esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);

Angina: diagnosi di dimissione 401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90 (sono esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);

Cellulite: diagnosi di dimissione 681.*, 682.*, 686.*, 683 e codice di procedura principale o secondari 860.xx o vuoto;

Diabete: diagnosi di dimissione 250.0x, 250.1x, 250.2x, 250.3x, 250.8x, 250.9x;

ipoglicemia: diagnosi di dimissione 251.2;

Gastroenterite: diagnosi di dimissione 558.9;

infezioni delle vie urinarie-renali: diagnosi di dimissione 599.0, 599.9, 590.*;

Deidratazione/ipovolemia: diagnosi di dimissione 276.5;

Anemia per deficienza di ferro: diagnosi di dimissione 280.1, 280.8, 280.9 e età compresa tra 0 e 5 anni);

Carenze nutrizionali: diagnosi di dimissione 260, 261, 262, 268.0, 268.1;

Ritardo nella crescita: diagnosi di dimissione 783.4x, e età minore di 1 anno;

Infiammazioni pelviche: donne con diagnosi di dimissione 614.*, escluse le procedure principali 68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.51, 68.59, 68.61, 68.69, 68.71, 68.79, 68.8;

Malattie dei denti: diagnosi di dimissione 521.*, 522.*, 523.*, 525.*, 528.*).

2.5 Appropriately Prescriptive and Waiting Times

L'appropriatezza prescrittiva diagnostica²⁰, valutata dal MES mediante i tassi di prestazioni specialistiche (ambulatoriali, di laboratorio e di diagnostica per immagini) per 1000 residenti, è migliorata rispetto al 2016 (Indicatore C13a Appropriately Prescriptive Diagnostic 2017=1,33 vs 2016=0,91).

Ma si segnala ancora una performance scarsa relativa alla diagnostica radiologica (indicatori in area arancio e rossa: tasso di prestazioni RM muscolo scheletrica per residenti > di 65 anni e pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi).

Quanto al rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche, nel 2017 le visite/prestazioni soggette a monitoraggio con Tempi d'Attesa erogate entro i tempi stabiliti sono state l'85,57% (RAO e no RAO, valore calcolato a livello aziendale), raggiungendo il target prefissato. Le criticità maggiori si sono registrate nelle prestazioni RAO priorità P che ha comunque registrato un miglioramento rispetto al 2016. Questo è probabilmente l'effetto consolidamento e potenziamento delle azioni di miglioramento messe in campo già dal 2016.

Nel corso dell'anno 2017 e 2018 si è pertanto continuato a:

- effettuare un monitoraggio mensile dei tempi di attesa, che ha consentito uno stretto controllo del fenomeno e la valutazione dell'efficacia delle azioni messe in atto, con potenziamento dell'offerta nelle aree specialistiche a maggiore criticità;
- inserire i Tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio sul sito WEB aziendale con aggiornamento mensile.
- coinvolgere i MMG nelle riunioni delle equipe territoriali per il perseguimento di crescenti livelli di appropriatezza nelle richieste di visite e indagini strumentali specialistiche;
- inserire obiettivi sul contenimento dei tempi di attesa nella negoziazione di budget con i Dipartimenti Ospedalieri e i Distretti specifici;
- utilizzare i criteri di priorità di accesso secondo la metodologia RAO;

²⁰ C13a Appropriately Prescriptive Diagnostic 1,19

C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 4.122,29

Tasso per 1. C13.2 Tasso di prestazioni diagnostica per immagine standardizzato per età e sesso 813,84

Tasso per 1.000 C13.2.1 Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 80,29

Tasso per 1.000

C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 103,48 Tasso per 1.000

C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni) 27,84 Tasso per 1.000

C13a.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi 8,86 Percentuale

C13.2.2.4 Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriately, per 1000 residenti, std età e sesso 4.840,93

Tasso per 1.000

C13.3 Appropriately prescriptive Dosaggio Ormoni Tiroidei

C13.3.1 Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20 237,08 Tasso per 1.

C13.3.2 Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20 110,86 Tasso per 1.000

C13.3.3 Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20 165,25 Tasso per 1.000

C13.4 Tempi di attesa

C13.4.1 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B

C13.4.2 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D

- attivare, nel caso di mancata disponibilità al momento della prenotazione, liste di attesa informatizzate per la presa in carico degli assistiti, successivamente richiamati dal back-office CUP per la comunicazione dell'appuntamento.

Per l'attività prescrittiva farmaceutica, vengono analizzati dal MES, oltre alla spesa farmaceutica e per dispositivi, anche

- l'efficienza prescrittiva, che monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. L'indicatore monitora, in particolare, l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale - perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi.
- l'appropriatezza prescrittiva, che monitora nello specifico alcune categorie di farmaci, (come ad esempio le statine o gli antiipertensivi), che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriata.

Nell'USL Umbria 1, a fronte di un'efficienza prescrittiva farmaceutica nella media del network²¹, gli indicatori di governo della spesa e di appropriatezza prescrittiva farmaceutica²² evidenziano:

²¹ F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica ■ 4,44

F20.10 % Rituximab biosimilare 0,00 x 100

F20.7 % Imatinib equivalente

F20.8 % Etanercept biosimilare 0,04 x 100

F20.9 % Infliximab biosimilare 37,31 x 100

F12a.2 % di Statine (Ipilipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12.11a % di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza ■ 82,35 Percentuale

²² C9 Appropriata prescrittiva farmaceutica ■ 1,76

C9.NSG.D

C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine 24.921,52 DDD x 1000

C9.6.2.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi 10.244,86 DDD x 1000

C21.2 Appropriata prescrittiva post IMA ■ 2,60

C21.2.1 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione ■ 67,38

C21.2.2 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione ■ 77,44 %

C21.2.3 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione ■ 79,08

C9.10.1 Polypharmacy 30,93 %

C9.1 Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) DDD per res. pesati ■ 34,06 U.P.

C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-iperterensivi) ■ 32,24

C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) DDD per 1000 res pesati die ■ 36,82

C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio ■ 22,19 DDD per 1000

C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

C9.9.2 Consumo di antipsicotici DDD per 1000 res. pesati die

C9.21 Percentuale di pazienti trattati con NAO

C9.17 Appropriata prescrittiva ospedaliera

C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti 1,14 U.P.

C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti

- una **spesa farmaceutica** territoriale più elevata della media del network , che colloca l'indicatore dell'USL Umbria 1 in area "arancio"
- un disallineamento **per difetto** di indicatori come la prescrizione di beta-bloccanti alla dimissione in pazienti con IMA (= ■ 67,38% vs media regioni 71,061) . Le linee guida cardiologiche nord-americane ed europee indicano come mandatoria la somministrazione dei beta-bloccanti al momento della dimissione dopo un evento di infarto, perché esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime in una migliore prognosi sia a breve che a lungo termine
- un disallineamento **per eccesso** di indicatori come:
 - consumo di **Inibitori di Pompa Protonica** (■ 34,06 U.P. DD per res. Pesati vs media regioni 27,243) In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatazza e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.
 - Consumo di **inibitori selettivi della ricaptazione serotonina** (Antidepressivi ■ 36,82 DDD DDD per 1000 res pesati die vs media regioni 26,83) L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.
 - Consumo di **antibiotici sul territorio** ■22,19 DDD per 1000 vs media regioni 17,416. La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali (Rapporto OsMed 2014).

3. INDICATORI DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEL PNE

Com'è noto, mediante il PNE (Programma Nazionale Esiti) il Ministero della Salute, avvalendosi di AGENAS, effettua la valutazione degli esiti degli interventi sanitari erogati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale²³.

Nell'esaminarli è opportuno tenere conto del fatto che i risultati pubblicati dal PNE 2017 si basano sui ricoveri 2016, dovendo rispettare i tempi tecnici di consolidamento dei dati delle SDO e di verifica degli stessi da parte degli erogatori (audit sulla qualità dei dati).

Gli esiti misurati si riferiscono sia ad **indicatori "a breve termine"** (es mortalità a 30 gg, riammissioni a breve termine...) sia ad **indicatori "a medio-lungo termine"** (es: mortalità a 1 anno, revisione entro due anni dall'intervento ecc.).

3.1 Esiti dell'assistenza ospedaliera erogata ai residenti nella USL Umbria 1 da tutti i presidi ospedalieri (regionali ed extraregionali) di ricovero

Alcuni risultati d'insieme si evincono dall'esame degli esiti dell'assistenza ospedaliera riferiti ai residenti dell'USL Umbria 1, residenti che sono stati ricoverati sia negli ospedali della Usl Umbria 1, sia nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, sia più marginalmente in altri ospedali regionali ed extraregionali.

Gli esiti dell'assistenza complessiva ai residenti sono in linea con i valori medi nazionali per la maggior parte degli indicatori PNE e significativamente migliori per alcune patologie o interventi.

Ottimi risultati infatti si evidenziano nelle malattie cardio-cerebrovascolari: la mortalità a 30 giorni e ad 1 anno per Ictus ed Infarto sono fra le più basse d'Italia; così come sono molto buoni gli esiti per alcune attività chirurgiche (si citano a titolo di esempio: bassa % di reintervento entro 2 anni per protesi di anca, alta % di ricostruzione mammaria nel ricovero indice, bassa degenza postoperatoria per colecistectomia laparoscopica).

Fra i disallineamenti rispetto ai valori medi italiani ($RR_{Adj} > 1$ e $p = > 0,5$) si citano: mortalità a 30 gg per TM del colon retto ($RR_{Adj} 1,66$), reinterventi entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella ($RR_{Adj} 1,14$), amputazione a 6 mesi dal ricovero per arteriopatia degli arti di III e IV stadio ($RR_{Adj} 1,5$), mortalità per l'emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore ($RR_{Adj} 1,35$), ri-ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve ($RR_{Adj} 1,15$).

²³ Nel PNE sono considerate come misure di esito: mortalità a breve termine, riammissioni a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni, procedure chirurgiche, complicanze a breve termine a seguito di specifici interventi, tempi di attesa.

La valutazione degli esiti viene effettuata confrontando il risultato di ciascuna ASL o struttura ospedaliera con il valore medio nazionale e stimando così il Rischio Relativo Aggiustato (RR_{ADJ}) e la relativa significatività statistica ($p <= 0,05$) che gli esiti osservati siano migliori o peggiori.

I rischi sono aggiustati (% ADJ) con standardizzazione diretta per età, sesso, gravità della patologia/intervento e comorbidità.

3.1 Esiti dell'assistenza ospedaliera erogata dagli ospedali dell'Azienda USL Umbria 1

I risultati ottenuti dalle strutture ospedaliere gestite direttamente dall'USL Umbria 1 si evincono sinteticamente dalle "tree-map"²⁴ dei nostri ospedali, che sono rappresentazioni grafiche sintetiche del grado di aderenza agli standard di qualità delle strutture ospedaliere **per le seguenti aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.**

Osservando le *tree map* degli ospedali a gestione diretta dell'USL Umbria 1 (figure 3 a, b, c, d, e) a fronte di esiti complessivamente soddisfacenti (le aree "verdi" prevalgono in tutti gli ospedali !), emergono criticità in alcuni ambiti:

- **volumi d'attività** inferiori alle soglie del regolamento sugli standard ospedalieri sia in alcuni ospedali DEA (bassi volumi nell'area chirurgia oncologica, nell'area gravidanza/parto per l'Ospedale G-GT), sia negli ospedali di base (bassi volumi nell'area chirurgia generale all'Ospedale di Assisi, chirurgia oncologica all'Ospedale di Castiglione del Lago e gravidanza/parto all'Ospedale della Media Valle del Tevere)
- **scostamenti della performance** che meritano un approfondimento (con mediante metodi e strumenti scientificamente riconosciuti come: audit clinici per misurazione di aderenza alle linee guida, mortality & morbidity review ecc)²⁵ per:
 - l'area cardiocircolatoria (% PTCA entro 2 gg e % mortalità per scompenso cardiaco entro 30 gg)
 - la chirurgia generale (% ricoveri con postoperatorio <3 gg nella colecistectomia laparoscopica) ed oncologica (% interventi di resezione entro 120 gg per TM mammella)
 - l'area gravidanza e parto (% complicanze durante il parto e il puerperio nel parto naturale e nel parto cesareo).

²⁴ Si veda pagina 5 di 14 dell'introduzione al PNE 2016 in: <http://95.110.213.190/PNEed17/main/doc/introduzione.pdf>
e tree map dei singoli ospedali in: http://95.110.213.190/PNEed17/sintesi/sintesi_vis/default_sintesi_stru.php

Figura 1 – Bersaglio USL Umbria 1 - Fonte



Sistema di Valutazione del Network delle Regioni, Risultati 2017 – Regione Umbria

Vedi <http://intranet.aslumbria1.local/index.php/modulistica/category/298-valutazione-performance-ed-esiti>

Bersaglio 2017 Regione Umbria - USL Umbria 1

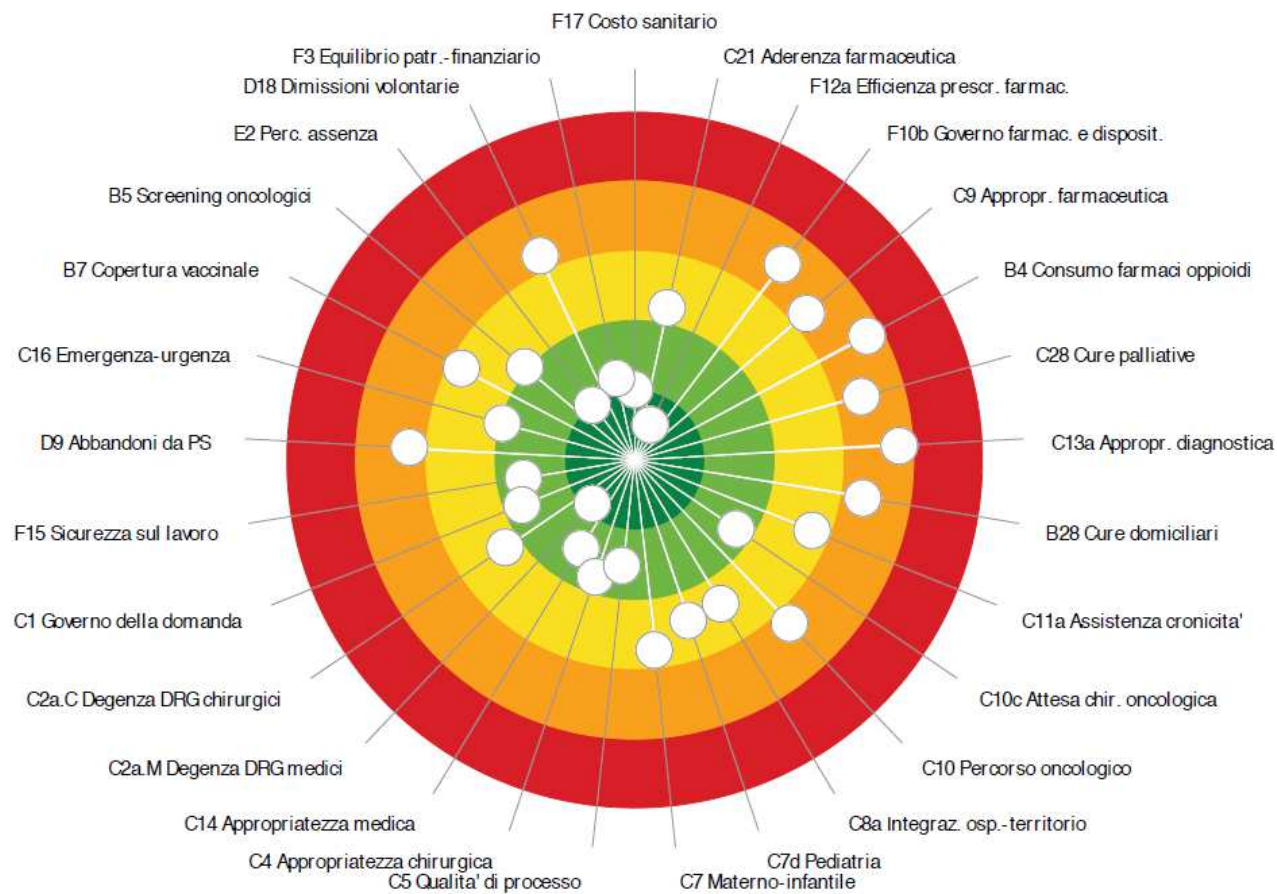
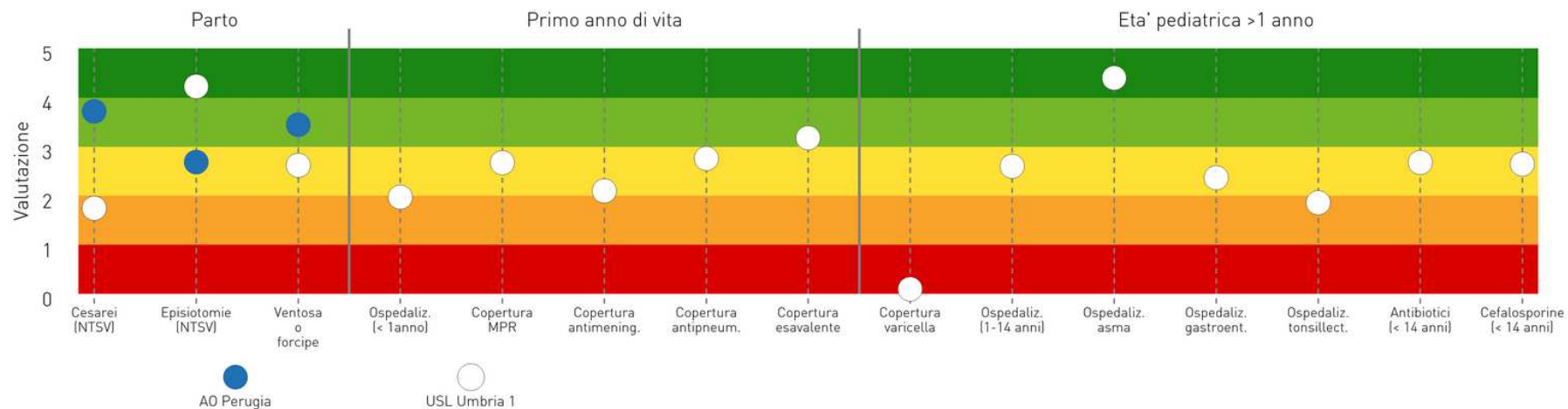




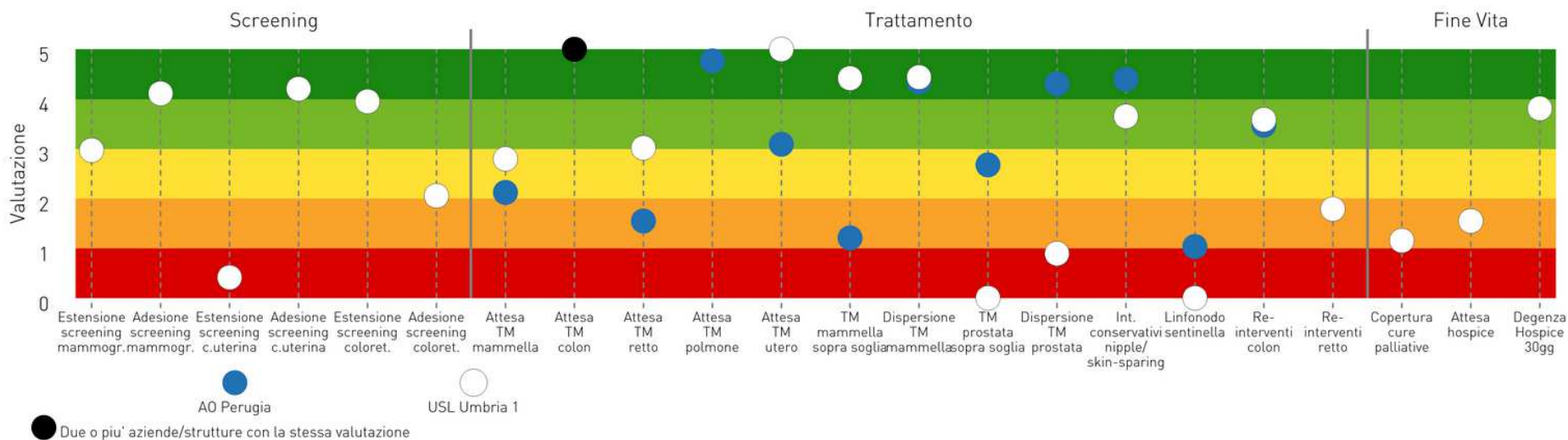
Figura 2 – “Pentagramma” dei percorsi - Fonte **Sistema di Valutazione del Network delle Regioni, Risultati 2017 – Regione Umbria**

Vedi <http://intranet.aslumbria1.local/index.php/modulistica/category/298-valutazione-performace-ed-esiti>

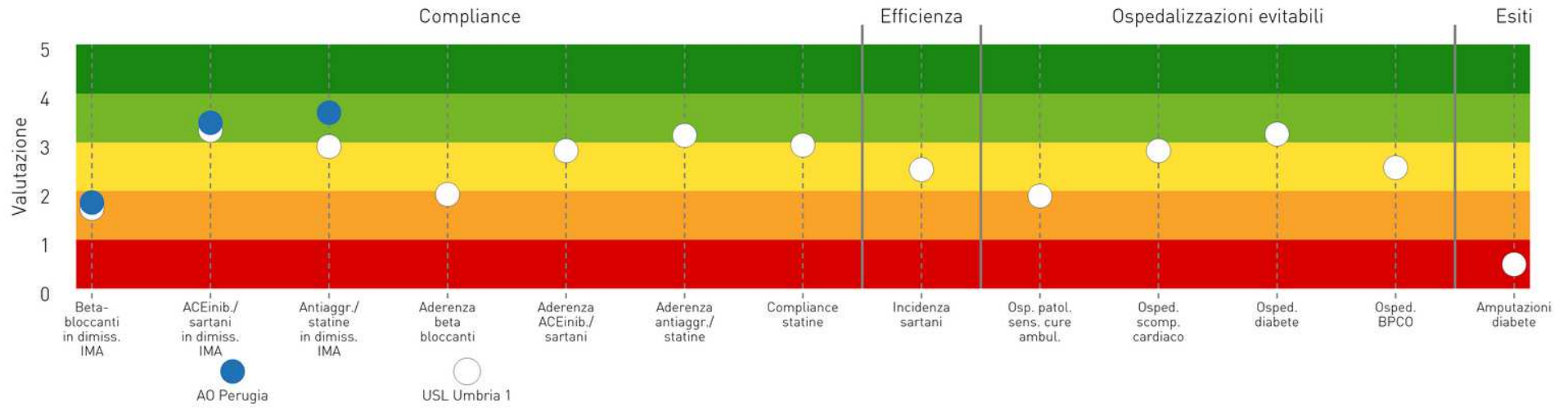
Percorso Materno-Infantile - Area: Perugia



Percorso Oncologico - Area: Perugia



Percorso Cronicità - Area: Perugia



Percorso Emergenza-Urgenza - Area: Perugia

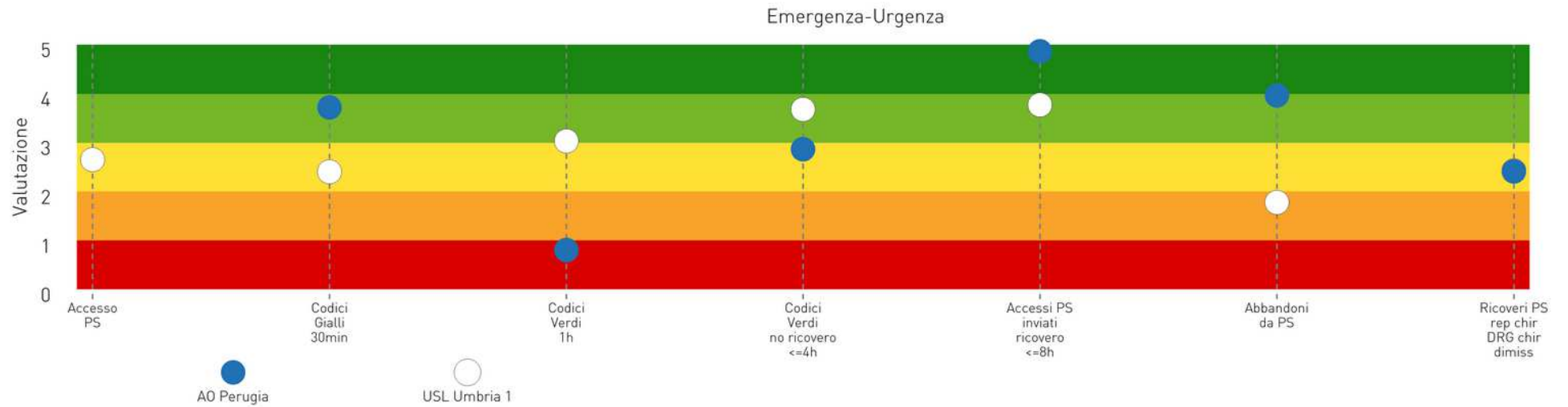


Figure3 – Tree maps Ospedali USL Umbria 1 PNE 2017

http://95.110.213.190/PNEed17/sintesi/sintesi_vis/croc/sintesi_treemap2_ciclo.php?tipo_new=05&cod_struttura=10000000

Figura 3 a TREE MAP OSPEDALE DI CITTÀ DI CASTELLO

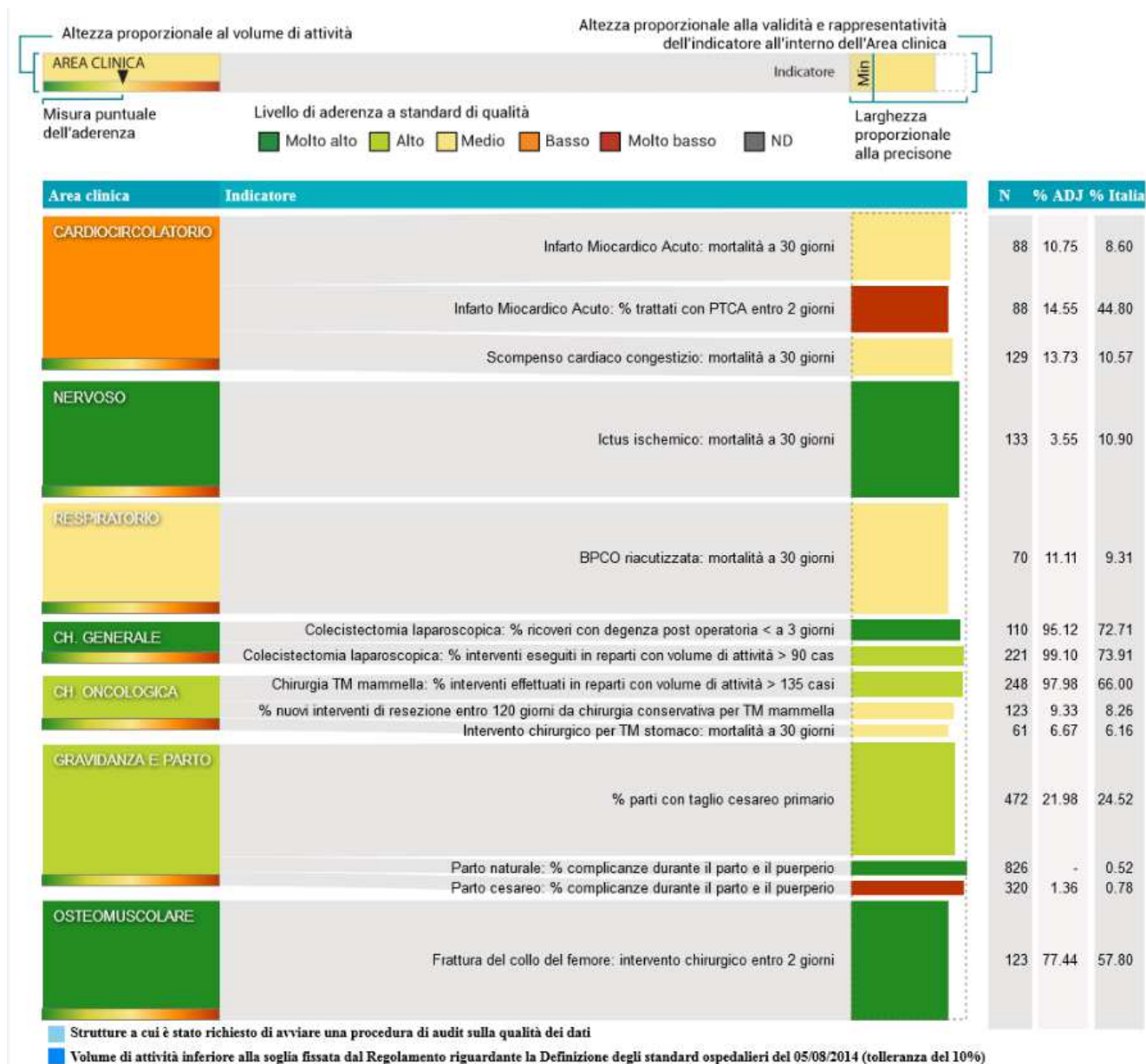


Figure3 – Tree maps Ospedali USL Umbria 1 PNE 2017

http://95.110.213.190/PNEed17/sintesi/sintesi_vis/croc/sintesi_treemap2_ciclo.php?tipo_new=05&cod_struttura=10000000

Figura 3 b TREE MAP OSPEDALE ALTO CHIASCIO

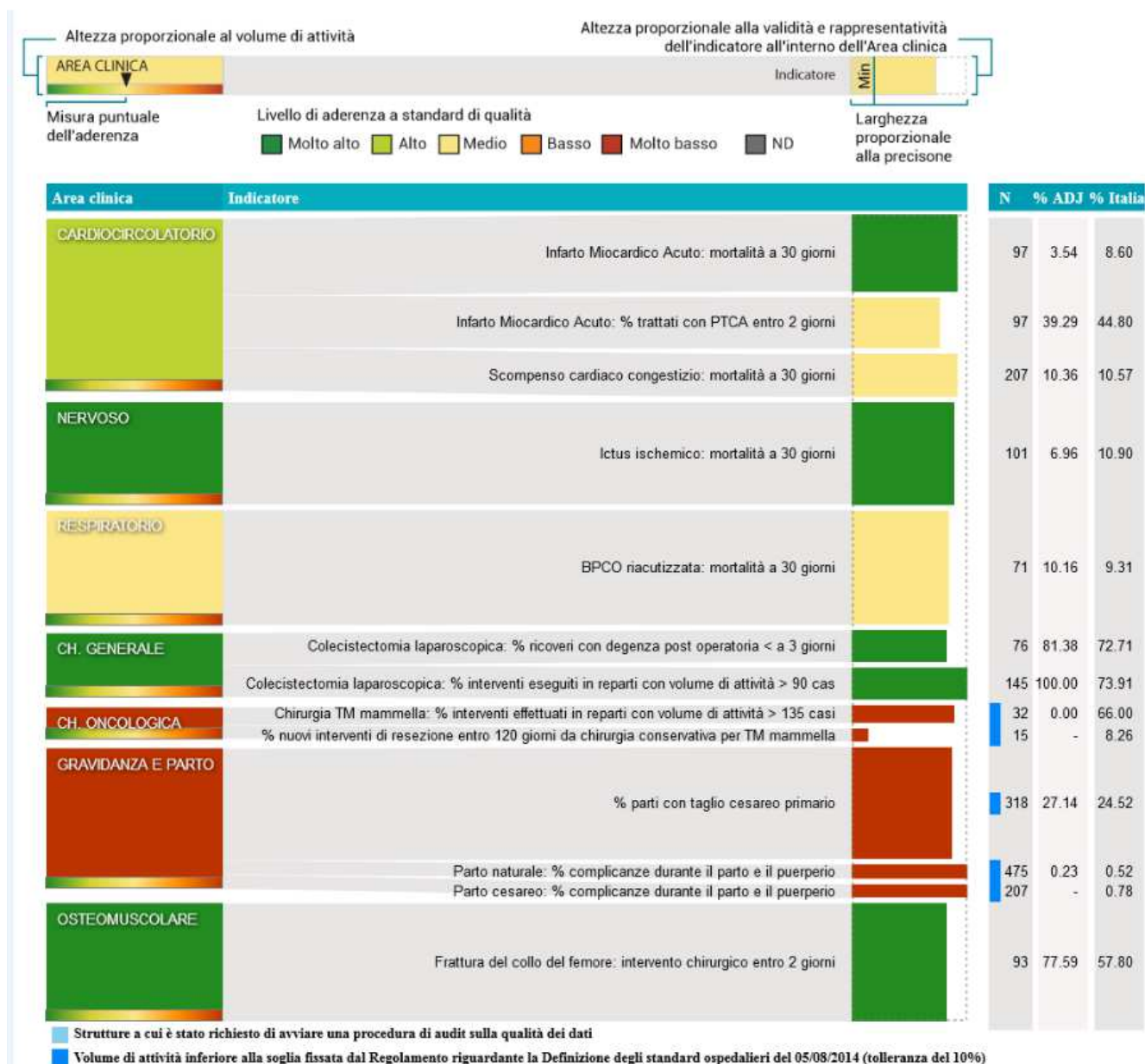


Figure3 – Tree maps Ospedali USL Umbria 1 PNE 2017

http://95.110.213.190/PNEed17/sintesi/sintesi_vis/croc/sintesi_treemap2_ciclo.php?tipo_new=05&cod_struttura=10000000

Figura 3c TREE MAP OSPEDALE ASSISI

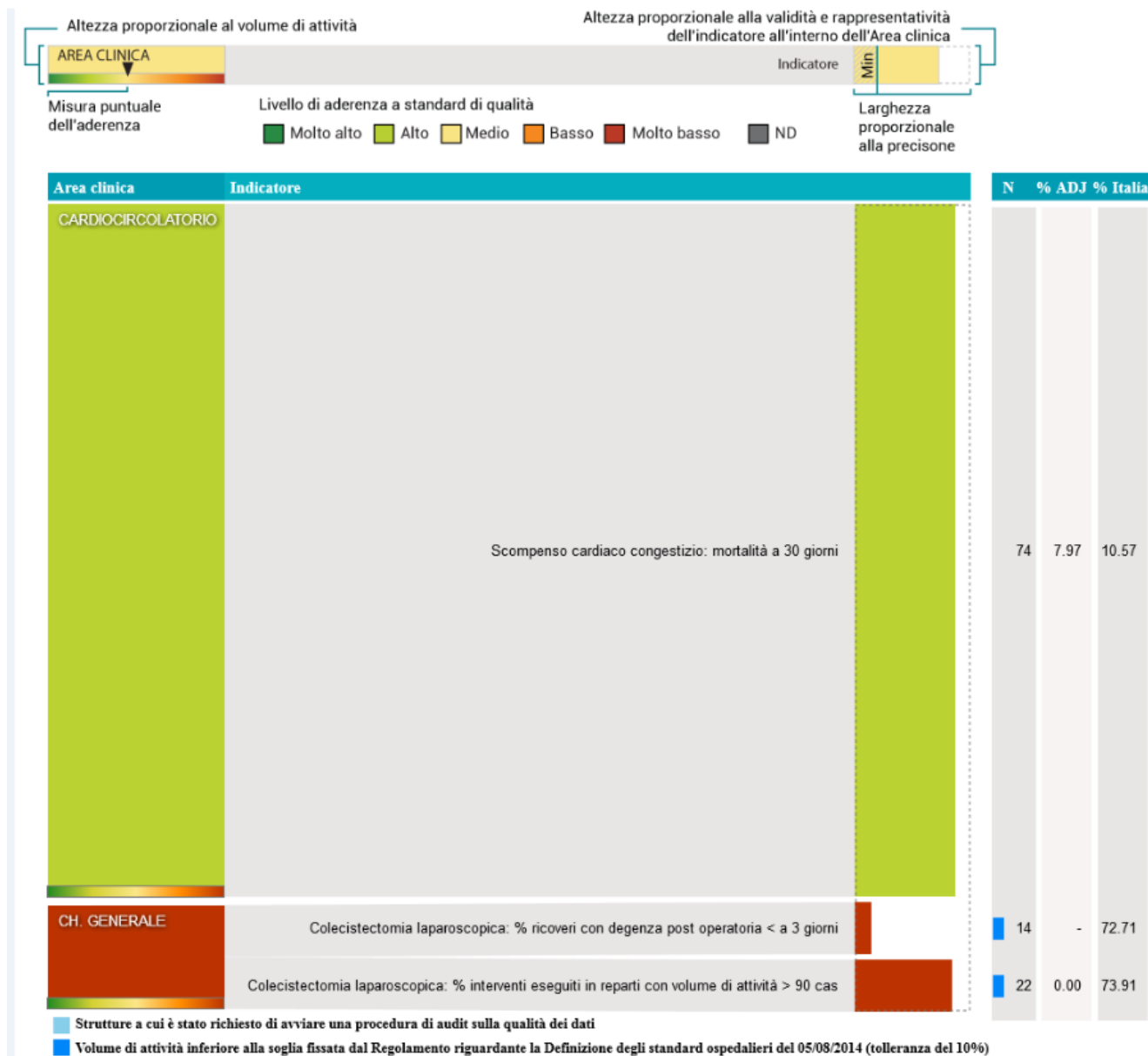


Figure3 – Tree maps Ospedali USL Umbria 1 PNE 2017

http://95.110.213.190/PNEed17/sintesi/sintesi_vis/croc/sintesi_treemap2_ciclo.php?tipo_new=05&cod_struttura=10000000

Figura 3d TREE MAP OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE

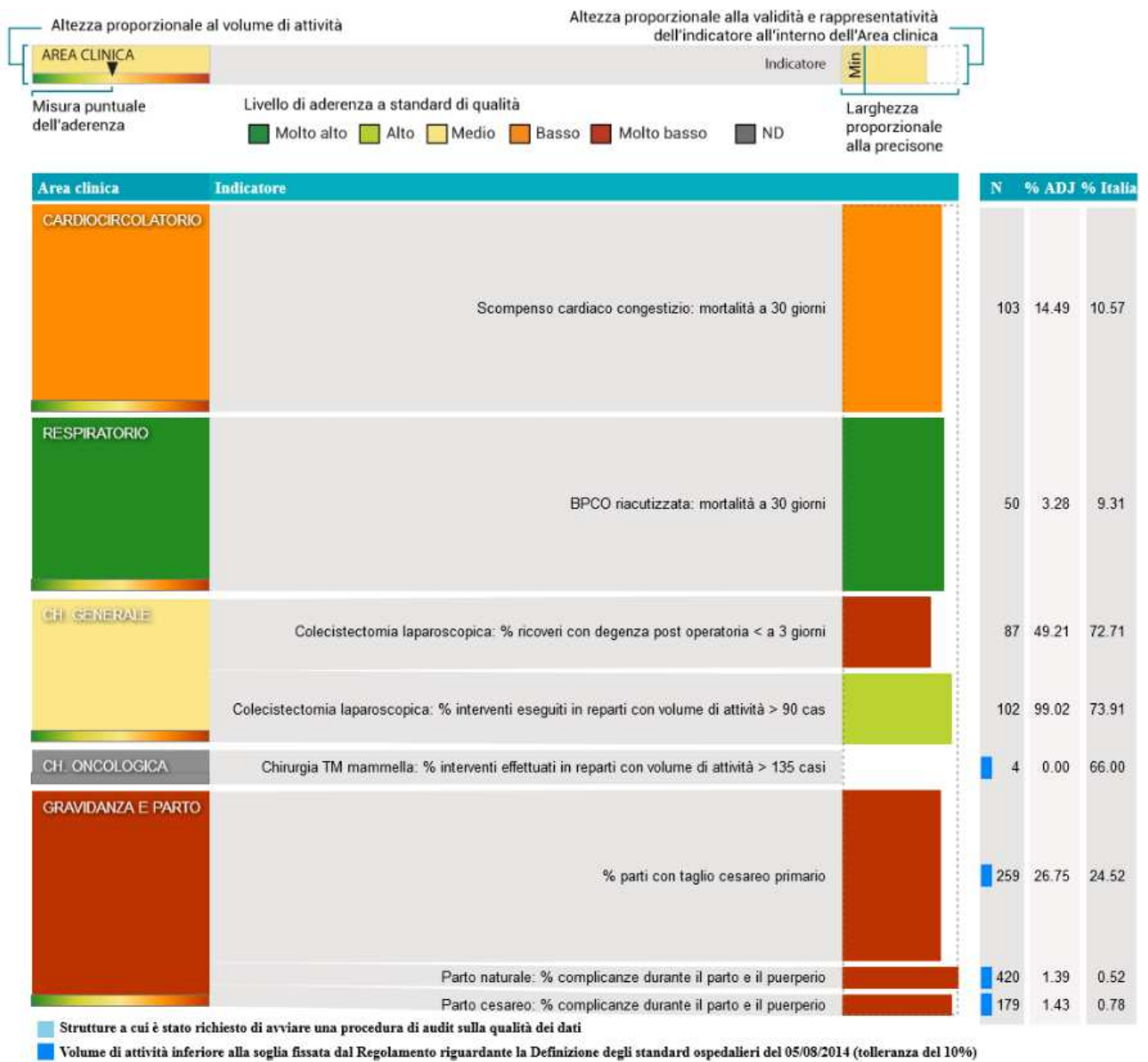
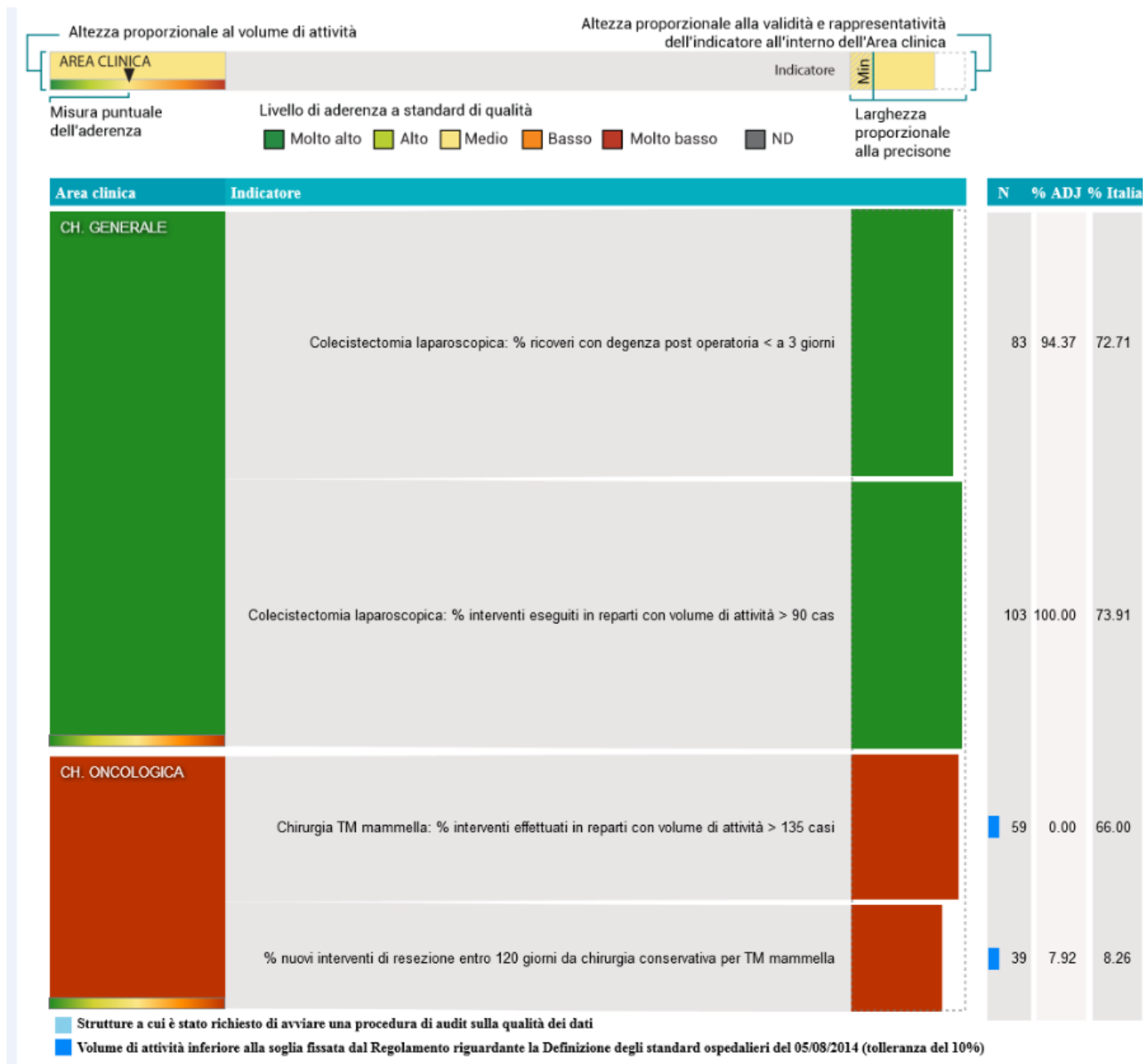


Figure3 – Tree maps Ospedali USL Umbria 1 PNE 2017

http://95.110.213.190/PNEed17/sintesi/sintesi_vis/croc/sintesi_treemap2_ciclo.php?tipo_new=05&cod_struttura=10000000

Figura 3 e TREE MAP OSPEDALE CASTIGLIONE DEL LAGO



PIANO COMUNICAZIONE 2019 – 2021



INDICE

- **Scopo del piano**
- **Il contesto di riferimento**
 - **L'Azienda USL Umbria 1**
 - **Documenti di riferimento**
- **L'organizzazione della comunicazione aziendale**
- **Gli strumenti della comunicazione**
- **Le linee strategiche e le azioni**
- **Le risorse economiche**
- **Il monitoraggio e la valutazione del Piano**
- **Lista di distribuzione**
- **Allegati**

SCOPO DEL PIANO

La comunicazione riveste un ruolo strategico per l'attuazione delle politiche per la salute, è infatti uno strumento fondamentale per lo sviluppo di quella alleanza tra cittadini e servizi sanitari, e indispensabile per rispondere efficacemente ai bisogni di salute. In questo senso assumono particolare rilevanza le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra professionista e cittadino, a promuovere una reale autonomia di scelta (empowerment) da parte di quest'ultimo, nonché a migliorare le relazioni fra l'azienda e i vari portatori di interesse (stakeholders). L'aumento dei centri di diffusione, il moltiplicarsi delle fonti, la frammentazione delle opinioni, l'insorgenza delle fake news, se non adeguatamente monitorate e governate, rischiano di falsare la percezione del cittadino, e anche dell'operatore sanitario, rispetto all'attività dell'azienda.

Il **Piano di comunicazione aziendale** è lo strumento che serve a programmare e coordinare le azioni di comunicazione istituzionale della Azienda USL Umbria 1 con una visione strategica di insieme. Il piano rende note e valorizza le scelte e le iniziative poste in essere dall'Azienda nonché definisce ed aggiorna gli obiettivi, i contenuti, gli strumenti, i tempi di attuazione e le modalità di verifica delle proprie iniziative di comunicazione. La capacità di informare, coinvolgere ed orientare i cittadini alla salvaguardia della propria salute ed alla appropriata fruizione dei servizi sanitari è un passaggio indispensabile nel percorso di gestione aziendale.

In linea con la Legge 150/2000 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" tutte le attività di informazione e di comunicazione svolte in modo istituzionale dall'Azienda sono ricomprese in modo coordinato ed integrato nel presente Piano di comunicazione. La comunicazione diventa quindi "parte integrante dell'azione aziendale", così come previsto altresì dalla direttiva 7 febbraio 2002 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica.

In virtù dell'avvento dei nuovi mezzi di comunicazione, quali i social media, che hanno cambiato il modo di comunicare, creando nuove prospettive di partecipazione e di diffusione delle informazioni, nel presente Piano vengono contemplate azioni per lo sviluppo della Information and Communication Technology (ICT), che sono pianificate e realizzate in collaborazione tra lo Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione e la UO Tecnologie Informatiche e Telematiche. Altresì, per lo sviluppo di azioni sui temi della trasparenza e prevenzione della corruzione (Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017 -2019 adottato con DDG n.100 del 31/01/2017) c'è una forte integrazione con il Responsabile della trasparenza e con il Responsabile Prevenzione della Corruzione.

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'Azienda USL Umbria 1

L'Azienda USL Umbria n.1 è un'Azienda Sanitaria Territoriale che assiste l'area più vasta e popolosa della Regione. Conta una superficie complessiva di 4.298,38 Km², dove insistono 38 Comuni e al 1° gennaio 2017, la popolazione residente risulta pari a 504.155 unità. Una descrizione più dettagliata è contenuta nella Relazione sanitaria aziendale 2017¹.



L'Azienda, nel corso del 2017, ha consolidato il processo di unificazione proseguendo nel percorso di riorganizzazione dei servizi. Il nuovo modello organizzativo dell'Azienda è articolato secondo il seguente schema:

- Direzione Aziendale, composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo,
- Area Centrale dei Servizi costituita dalle U.O. di Staff e dalle U.O. Amministrative
- Nucleo Operativo costituito dalle Macrostrutture dotate di autonomia tecnico professionale: Distretti Sanitari, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti ospedalieri.

¹ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance>:

- pag 7-11 Il Territorio e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita
- pag 14-15 L'organizzazione dell'Azienda

I Distretti dell'Azienda USL Umbria n. 1, articolati in Centri di Salute e Servizi, sono i seguenti: Distretto del Perugino, Distretto dell'Assisano, Distretto della Media Valle del Tevere, Distretto del Trasimeno, Distretto Alto Tevere e Distretto Alto Chiascio.

Nell'Azienda USL Umbria n.1 sono altresì presenti:

- due Presidi Ospedalieri sedi di DEA di 1° livello, Alto Tevere (Ospedale di Città di Castello e di Umbertide) e Gubbio-Gualdo Tadino
- un Presidio Ospedaliero Unificato con 3 Ospedali di base, Assisi, Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere,
- un Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI).

Documenti di riferimento

La Pubblica Amministrazione è stata coinvolta in un percorso di trasformazione che ha mutato completamente il tradizionale rapporto fra gli enti e il cittadino e le cui parole chiave sono state: informazione, accesso, partecipazione, trasparenza, tutela, empowerment .

Di seguito si riportano i principali riferimenti legislativi nazionali, regionali e aziendali che hanno accompagnato tale cambiamento:

- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per le relazioni con il pubblico;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995: "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari";
- Decreto del Ministro della Sanità 15 ottobre 1996: "Approvazione degli indicatori di valutazione...il diritto alle informazioni...omissis";
- Legge n° 150/00 "Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni"
- Decreto legislativo n. 267/2000 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali";
- Decreto Legislativo n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"
- Decreto del Presidente della Repubblica n° 422/01 "Regolamento recante norme per l'individuazione dei titoli professionali del personale da utilizzare presso le PP.AA. per le attività di informazione e di comunicazione e disciplina degli interventi formativi;
- Direttiva 7 febbraio 2002 della presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della funzione pubblica "attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni";
- Direttiva 8 maggio 2002 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica "Semplificazione del linguaggio dei testi amministrativi";
- Linee guida per i siti web della PA - ex art. 4 della Direttiva 8/09 del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione
- Direttiva 27 luglio 2005 Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie, "Qualità dei servizi on-line e misurazione della soddisfazione degli utenti".
- Direttiva 24 marzo 2004 del Ministro della funzione pubblica - "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini"

- Decreto legislativo n. 235/2010, "Codice dell'Amministrazione Digitale;
- Legge n. 69 del 18 giugno 2009 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile", 'art. 21, comma 1 – pubblicazione delle informazioni relative ai dirigenti (curriculum vitae, retribuzione, recapiti istituzionali);
- Direttiva n.8/09 del Ministro per la Pubblica amministrazione e l'innovazione, per la riduzione dei siti web delle pubbliche amministrazioni e per il miglioramento della qualità dei servizi e delle informazioni on line al cittadino
- Legge Regionale n.18 del 6/11/2012 "*Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale*" legge confluita successivamente nel T. U. 9 aprile 2015 n. 11 "*Testo unico in materia di sanità e servizi sociali*" ed, in particolare, il Capo I "*Partecipazione*" ed il Capo II "*Diritti degli utenti*" del Titolo X "*Partecipazione, diritti degli utenti e forme di tutela*" del T. Unico, artt. da 95 a 99;
- Atto Aziendale dell'Azienda Usl Umbria 1, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 914 del 24/10/2014 e riformulato con DDG n. 1504 del 15/11/2017.
- Regolamento Europeo 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)
- "Social media e PA, dalla formazione ai consigli per l'uso", Ministro per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione, Formez PA, PA Social, Seconda Edizione, Gennaio 2018,
- Piano Nazionale della Cronicità del 15/2/2016 del Ministero della Salute

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA PER LA COMUNICAZIONE

Le attività di comunicazione sono svolte per conto della Direzione Aziendale dalla UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, sia attraverso personale strutturato che mediante collaborazioni esterne².

Unità Operativa di Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

Lo Staff, diretto da un **Dirigente Medico Responsabile**, ha il mandato di supportare la Direzione nella definizione delle politiche aziendali sulla qualità e la comunicazione. Per quanto concerne in particolare la comunicazione, le attività si sviluppano in due macroaree, tra loro connesse:

Comunicazione interna e esterna, con funzioni di:

- ✓ Gestione della comunicazione istituzionale e della linea editoriale aziendale (Portale web, Area Intranet, Profili Social, WebTV);
- ✓ Gestione dei rapporti di comunicazione e informazione con la stampa (supervisione e coordinamento per le attività di rassegna stampa, comunicati stampa, conferenze stampa e predisposizione interventi della Direzione Aziendale);

² Allegato 1 - Organigramma Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

- ✓ Gestione degli eventi dell'azienda (organizzazione di: Conferenze dei Servizi, Convegni, inaugurazione nuovi servizi e strutture, predisposizione degli inviti e locandine, supervisione dei service audio-video)
- ✓ Gestione della concessione di patrocini e dell'utilizzo del logo aziendale;
- ✓ Supporto e coordinamento ai Gruppi di lavoro per progetti aziendali per la promozione della salute, le campagne di sensibilizzazione, miglioramento dell'accoglienza, ai fini della comunicazione con il cittadino;
- ✓ Coordinamento delle attività di realizzazione, installazione e restyling della cartellonistica e della segnaletica delle strutture aziendali;
- ✓ Collaborazione allo svolgimento alle indagini volte a rilevare bisogni e livelli di soddisfazione degli utenti e dei programmi di miglioramento conseguenti.
- ✓ Coordinamento della diffusione di informazioni all'interno dell'Azienda con l'obiettivo di sviluppare know-how, senso di appartenenza e cultura aziendale.

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), con funzioni di:

- ✓ Ascolto del cittadino, gestione complessiva dei reclami, rilevazione dei bisogni;
- ✓ Informazioni generali sull'organizzazione e attività dell'azienda: orientamento per l'accesso alla modulistica, assistenza alla compilazione della modulistica per accedere ai servizi;
- ✓ Supporto alle attività legate all'Accesso Civico
- ✓ Orientamento per l'accesso ad informazioni specifiche relative agli atti e procedimenti;
- ✓ Suggesti e proposte rivolte al responsabile di struttura, per l'eliminazione dei disservizi.

Per assolvere alla gestione delle suddette attività, l'equipe dello staff è così organizzata:

- **Comunicazione interna ed esterna**
 - **Collaboratore Sanitario Senior Incarico di funzione *Qualità e Comunicazione***
 - Assistente amministrativo part-time (18 ore)
 - Assistente amministrativo part-time (12 ore)
 - Operatore agenzia esterna part-time (24 ore)
 - Agenzia per i rapporti con la stampa e con i media
 - Agenzia per le campagne di comunicazione aziendale
- **Ufficio Relazioni col Pubblico**
 - **Collaboratore Amministrativo Senior Incarico di funzione *Coordinamento attività amministrativa direzionale e Ufficio Relazione Pubblico***
 - Collaboratore Amministrativo – Professionali per URP Alto Tevere e Alto Chiascio
 - Collaboratori Sanitario – Professionali per URP Alto Tevere
 - Referenti rete URP Territoriali presso Direzioni Distrettuali, Ospedaliere e Dipartimentali
 - Mediazione culturale;
 - **Operatore agenzia esterna (28 ore) a supporto amministrativo**
 - **Consorzio per la mediazione culturale**

GLI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

▪ Sistema di gestione dei reclami

Fra gli strumenti della comunicazione istituzionale, l'**URP** rappresenta uno snodo fondamentale per l'organizzazione, visto che le normative assegnano a tale ufficio il ruolo di interfaccia con i cittadini e di strumento di supporto della Direzione Aziendale nella comunicazione con la popolazione di riferimento. Tutto ciò per favorire modalità omogenee e appropriate di interazione con il cittadino utente, sia dal punto di vista della raccolta e rilevazione di segnalazioni di insoddisfazione o di criticità, sia dal punto di vista informativo e della partecipazione al miglioramento dei servizi. A tale scopo è in vigore la **Procedura aziendale per la Gestione dei Reclami** ed è attivo un sistema di gestione informatizzato dei reclami che interessa tutte le tipologie di segnalazioni dei cittadini. L'URP tramite la procedura informatizzata per la gestione dei reclami, analizza i risultati e produce report annuali: uno sull'andamento dei reclami, segnalazioni ed elogi, ed uno sulle Azioni di Miglioramento messe in atto a seguito del reclamo. L'URP inoltre effettua un monitoraggio periodico della corretta applicazione della procedura del reclamo e del rispetto della tempistica, da parte dei servizi e, valuta la qualità dei servizi erogati, secondo la prospettiva del cittadino, promuovendo all'interno dell'azienda, tramite la Formazione, un cambiamento culturale nella concezione del valore dell'errore, che diventa non più criticità da nascondere ma elemento centrale e propulsore di miglioramento e qualità.

▪ Sito Web istituzionale³

È fonte ufficiale di informazione dell'azienda. Dal mese di luglio 2017 è online la **nuova versione del sito aziendale** <http://www.uslumbria1.gov.it/>, dettagliatamente aggiornato in quasi tutti i suoi contenuti e nella veste grafica. In particolar modo vengono aggiornate in tempo reale tutte le informazioni di accesso e orientamento ai servizi e alle strutture, la sezione delle news, le aree tematiche (ad es. vaccinazioni, disturbi dell'comportamento alimentari) e in generale tutte quelle informazioni di interesse per i cittadini e per gli stakeholder . Particolarmente rilevante inoltre il **nuovo media dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta** che contiene le informazioni di prima utilità e i recapiti dei professionisti <http://www.uslumbria1.gov.it/medici-e-pediatri/medici-di-famiglia-000> . Inoltre sono online la nuova revisione della Carta dei Servizi Aziendale e i Report URP Anno 2017 <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/fogliadati-u-r-p-elogi-e-reclami> e le indagini sulla Qualità Percepita dai cittadini <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/indagini-di-qualita-percepita>.

NUS Informativo

Il Numero Umbria Sanità (NUS) è un servizio di contact center telefonico che risponde al numero verde gratuito 800636363, svolto da Umbria Salute per conto di tutte le Aziende Sanitarie dell'Umbria. Il **NUS informativo**, attivo per la USL Umbria 1 da ottobre 2017, è a

³ Il regolamento per la gestione del sito istituzionale è consultabile all'Allegato 2

disposizione del cittadino, oltre che per prenotare e/o cancellare prenotazioni anche per avere informazioni “certificate” di orientamento ed accesso ai servizi sanitari regionali. La nostra azienda ha gestito la fase sperimentale di avvio del NUS Informativo, contribuendo allo suo sviluppo e consentendone l'estensione alle altre aziende. Lo Staff Comunicazione collabora costantemente e in tempo reale con il NUS per mantenere aggiornate le informazioni presenti sul sito aziendale, tramite un blog dedicato.

▪ **Social media**

Il principale strumento social dell'Azienda rimane il **canale YouTube** <https://www.youtube.com/user/AUSL2/videos>, nel quale è proseguita l'attività di pubblicazione dei video di diversa natura, tra i quali quelli realizzati dal Gruppo Rischio Clinico della Regione Toscana, inerenti la promozione della sicurezza delle cure. Nel corso del 2018 è stata revisionata la **Social Media Policy aziendale**⁴ ed è stata fatta una ricognizione delle **Pagine Facebook** Istituzionali, attivate da singoli servizi dell'azienda e ritenute strategiche per la peculiarità delle tematiche affrontate. Sono quindi regolarmente attive, secondo le regole della Policy, le pagine del *Portale della Disinfestazione (PODIS)*; della *Promozione della salute nella comunità - PiediBus del BenEssere*; del *Centro Disturbi del Comportamento Alimentare*; del *Centro di Formazione in Emergenza/Urgenza*.

▪ **Ufficio stampa**

Le funzioni principali dell'ufficio stampa sono quelle di selezionare, filtrare e veicolare il flusso delle informazioni provenienti dall'interno dell'azienda verso gli organi di informazione. I suoi principali interlocutori sono i mass media: quotidiani, radio, tv, riviste, in grado di raggiungere precisi e circoscritti target di utenza così come il pubblico di massa in generale.

La diffusione delle principali informazioni rivolte ai cittadini attraverso la stampa, avviene mediante la redazione di **comunicati stampa** e riguardanti iniziative e servizi sanitari aziendali offerti, nonché interventi dei vari professionisti della nostra azienda in trasmissioni televisive nei principali canali regionali e l'organizzazione di varie **conferenze stampa**.

▪ **Carta dei Servizi aziendale**

La Carta dei Servizi⁵ si configura come uno **strumento** fondamentale per:

- ✓ **fornire tutte le informazioni che possono facilitare il percorso dei cittadini nell'accesso ai servizi** sanitari presenti nel nostro territorio, al fine di utilizzare in modo più appropriato e in base alle proprie necessità le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali;
- ✓ **tutelare i diritti di coloro che accedono ai servizi**, attraverso l'adozione di impegni finalizzati a migliorare l'organizzazione sanitaria e quindi la qualità dei servizi erogati.

⁴ La Social media Policy (Allegato 2) è consultabile nell'apposito spazio della homepage www.uslumbria1.gov.it

⁵ Il documento è consultabile al link <http://www.uslumbria1.gov.it/media/premessa-carta-dei-servizi-aziendale>

- **Maxischermi informativi**

Sistema di comunicazione video, realizzato con una rete di maxischermi collocati attualmente in aree di particolare afflusso e permanenza degli utenti, nelle diverse strutture sanitarie, diffondono informazioni e notizie sulla salute, in collaborazione anche con altri soggetti istituzionali , ad es. AFAS.

- **Mediazione Culturale**

Rappresenta una funzione utile ad agevolare il processo di orientamento di cittadini provenienti da altre culture e favorire l'efficace svolgimento delle attività dei servizi dell'azienda. Non si tratta di un servizio di interpretariato ma di un'attività di mediazione culturale programmata, per favorire l'ascolto e il sostegno nei percorsi diagnostico-assistenziali. Il servizio si avvale dell'Elenco dei Mediatori Culturali in ambito sanitario, costituito da personale qualificato e appositamente formato, gestito dal Consorzio Auriga e coordinato dall'Incarico funzionale URP. I Mediatori iscritti all'elenco coprono le seguenti lingue e culture: albanese – arabo (marocchino, tunisino algerino, berbero, siriano) – baglan – cinese – croato – greco – francese – inglese – hindi – lituano – macedone – nigeriano (igbo, pidgin) – parsi – persiano – punjabi – romeno – russo – spagnolo (ecuadoregno, peruviano, venezuelano) – tedesco – turco – ucraino.

- **Area Intranet**

Strumento necessario per migliorare la comunicazione interna, semplificare i processi e ottimizzare i tempi, al fine di una condivisione più efficace di informazioni utili a tutti i livelli dell'organizzazione aziendale. All'interno dell'area intranet sono presenti le comunicazioni di interesse aziendale, gli avvisi per il personale, la rubrica telefonica interna, la rassegna stampa quotidiana, la modulistica, i documenti, le procedure e le principali risorse informatiche.

- **Mail dedicata alla comunicazione istituzionale**

Account mail dello staff per la diffusione di informazioni sia all'interno che all'esterno dell'azienda, ad es. mail everyone, inviti istituzionali, avvisi, comunicazioni di servizio.

- **Materiale di supporto per Campagne informative e di promozione della salute**

Vengono realizzati, sia in formato cartaceo che digitale, opuscoli, locandine, poster e in generale gli strumenti necessari a supportare le campagne informative promosse da servizi aziendali

- **Segnaletica e cartellonistica per l'orientamento nelle strutture**

Nell'ottica di uniformare stile e contenuti della cartellonistica, viene realizzato il restyling della segnaletica interna ed esterna delle strutture dell'azienda.

LE LINEE STRATEGICHE E LE AZIONI

Le linee strategiche e le azioni sono pensate in una prospettiva triennale mentre la loro attuazione viene declinata in programmi annuali, deliberati di volta in volta, che individuano obiettivi derivanti dalle esigenze emergenti, dal budget annuale e da eventuali indicazioni specifiche della direzione.

LINEE STRATEGICHE	AZIONI
Ascolto e interazione col cittadino	<ul style="list-style-type: none"> • Raccogliere e analizzare le segnalazioni pervenute all'URP: stesura di un report annuale sia per l'analisi dei risultati che le azioni di miglioramento • Sviluppare indagini qualità percepita: integrare il sistema della qualità percepita dai cittadini mediante metodologie e strumenti online, in collaborazione con il NUS • Rafforzare la presenza dell'azienda sui social media: valutare l'opportunità di creare un profilo social aziendale e di adottare tutti gli strumenti legati al mondo social che favoriscono la partecipazione, il confronto e il dialogo con i propri interlocutori.

LINEE STRATEGICHE	AZIONI
Miglioramento della comunicazione interna	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare Intranet aziendale: adottare una piattaforma intranet "social" che consenta di superare l'attuale sistema, ormai datato, e vista non solo come repository di documenti e notizie ma come sistema integrato per migliorare la comunicazione, collaborare, organizzare e svolgere attività, semplificare i processi, espandibile e personalizzabile; • Garantire una formazione sulle tematiche della comunicazione soprattutto in riferimento all'utilizzo del counseling motivazionale da parte degli operatori, come strumento in grado di ottenere comportamenti conformi agli stili di vita salutari (ad es. abitudine al fumo, alimentazione, alcol)

LINEE STRATEGICHE	AZIONI
Miglioramento dell'accoglienza e dell'umanizzazione delle strutture di ricovero	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzare i Piani di miglioramento conseguenti alle indagini di umanizzazione secondo il modello AGENAS e ai report dell'URP • Revisionare la modulistica e le informative multilingue rivolta ai cittadini stranieri • Valutare qualità degli interventi di mediazione culturale • Implementare la segnaletica multilingue nelle strutture dell'azienda

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare la segnaletica per ipovedenti nelle strutture dell'azienda; • Sviluppare un programma annuale degli investimenti per l'aggiornamento della segnaletica nelle principali strutture/ospedali
--	--

LINEE STRATEGICHE	AZIONI
<p>Promozione dell'empowerment del cittadino e dei rapporti con le associazioni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziare l'attività di engagement del cittadino favorendo la partecipazione attiva ai percorsi di cura (pag. 10 Piano Nazionale Cronicità) • Coinvolgere le associazioni in tutte le azioni di comunicazione esterna dell'azienda • Redigere guide su temi di salute (es. celiachia), per la gestione di familiari e caregiver di importanti patologie croniche (es. gestione del diabete, gestione dell'alimentazione enterale, gestione delle principali lesioni cutanee) • Produrre materiali a supporto di progetti di promozione della salute in ambito di: stili di vita, prevenzione delle dipendenze, salute dell'infanzia e della coppia, prevenzione delle zoonosi, promozione delle vaccinazioni, etc.

LE RISORSE ECONOMICHE

Gli strumenti del Piano Comunicazione che richiedono specifiche risorse economiche sono essenzialmente quelli esternalizzati:

- ✓ NUS informativo
- ✓ Gestione del Sito Web istituzionale
- ✓ Agenzia per i rapporti con la stampa
- ✓ Servizio di rassegna stampa
- ✓ Agenzia per la gestione della Mediazione Culturale
- ✓ Segnaletica interna ed esterna e materiali li di varia tipologia con logo aziendale
- ✓ Materiale cartaceo e informatizzato per campagne di sensibilizzazione, accoglienza nei servizi, guide, opuscoli informativi
- ✓ Gestione audio e video di eventi

IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEL PIANO

Il processo di valutazione consiste nel verificare la rispondenza tra la pianificazione e l'attuazione di ciò che è previsto dal piano, fino all'esame dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di comunicazione che il piano stesso stabilisce. In particolare ci sono tre livelli di valutazione:

- Verifica del raggiungimento degli obiettivi di comunicazione inseriti nelle schede di budget dello Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione e/o assegnati alle macrostrutture aziendali;
- Verifica dell'efficienza e dell'efficacia delle singole azioni di comunicazione (congruenza tra obiettivi e strumenti): in questo ambito devono essere verificati i funzionamenti dei flussi informativi, dei diversi canali/azioni comprendendo anche quelli della comunicazione interna;
- Monitoraggio periodico dei seguenti servizi di comunicazione esternalizzati: Rassegna Stampa, Rapporti con la stampa, Realizzazione di campagne di comunicazione, Mediazione culturale.

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il Piano Comunicazione 2019-2021 sarà distribuito a:

- Direzioni di Presidio
- Direzioni di Dipartimento
- Direzioni di Distretto
- Direzioni dei Servizi di Area Centrale (servizi di staff e servizi amministrativi).

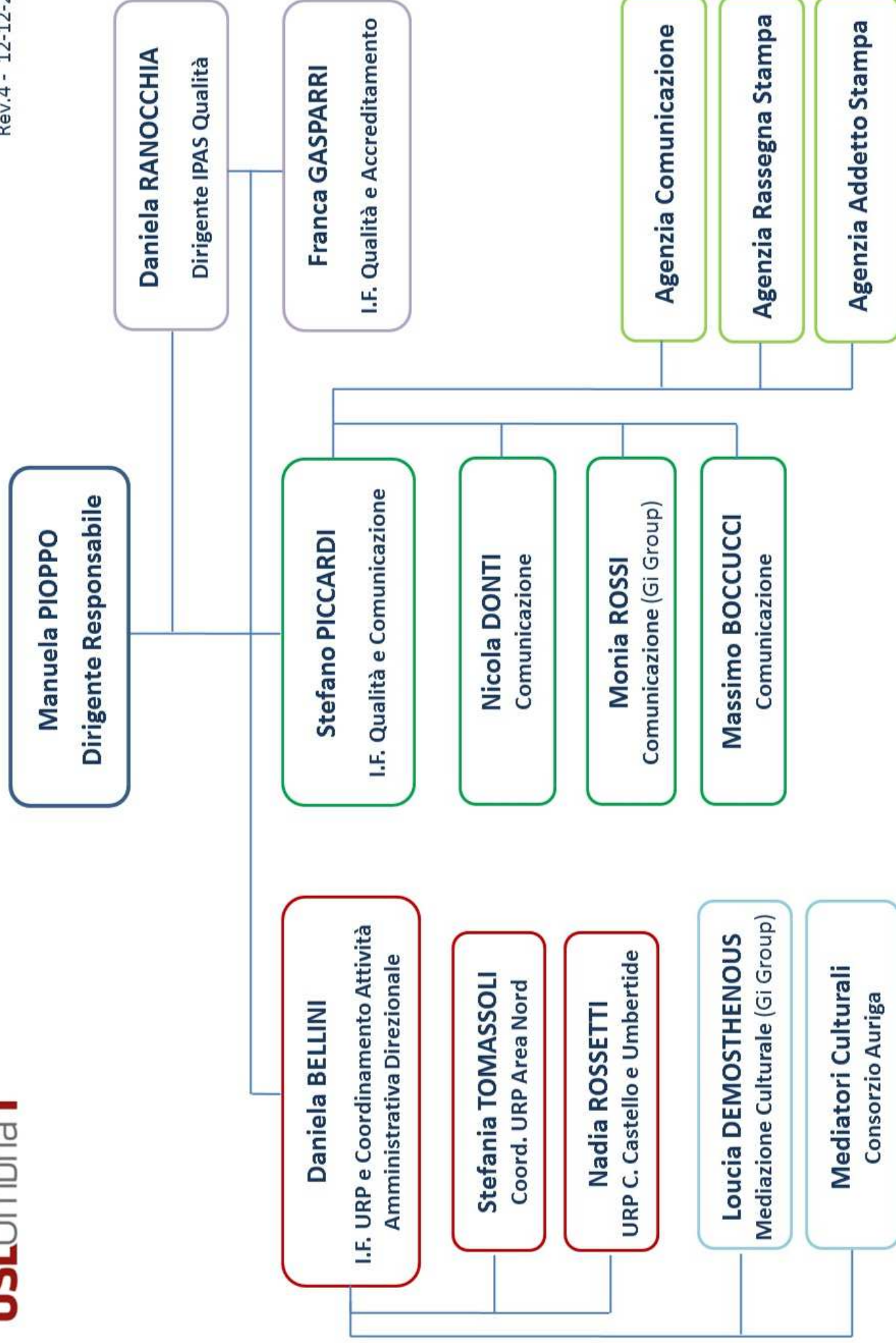
Come tutti i documenti del SGQ, questo Piano triennale, una volta approvato ed emesso sarà pubblicato nel sito intranet aziendale in formato Pdf al link <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/atti-e-documenti-000>, in modo che ciascun operatore possa prenderne visione in qualsiasi momento.

ALLEGATI

Allegato 1 – Organigramma Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione – rev. 4

Allegato 2 – Regolamento per la gestione del Sito Web Istituzionale – rev. 1

Allegato 3 – Social Media Policy – rev. 1



REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEL SITO WEB ISTITUZIONALE

Indice

1. Finalità del regolamento.....	2
2. La struttura del sito istituzionale.....	2
2. Obiettivi del sito web istituzionale.....	3
4. La qualità dei dati.....	3
5. Ruoli e responsabilità.....	5
5.1 La UO Sviluppo Qualità e Comunicazione.....	5
5.2 Il Comitato di redazione.....	5
5.3 L'amministratore del Sito web istituzionale.....	6
5.4 Il Responsabile del procedimento di pubblicazione.....	6
5.6 Referenti per la pubblicazione.....	7
6. Aggiornamenti dei contenuti del sito.....	8
7. Aggiornamenti della sezione "Amministrazione Trasparente"	9
8. Note legali	10
9. Privacy	10
10. Disposizioni finali	10
11. Normative di riferimento	11

1. Finalità del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento del sito web istituzionale (di seguito “Sito”) dell’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 (d’ora in poi “Azienda”), i livelli di responsabilità per la sua gestione e le modalità di comunicazione on line dei dati pubblici dell’Azienda, nel rispetto della normativa vigente.

Le disposizioni di questo regolamento sono stabilite per salvaguardare i requisiti obbligatori del Sito:

- accessibilità
- elevata usabilità/reperibilità
- completezza di informazione
- chiarezza di linguaggio
- affidabilità
- semplicità di consultazione
- omogeneità e interoperabilità.

2. La struttura del sito web istituzionale

Il Sito **www.uslumbria1.gov** è uno strumento attraverso il quale la Azienda mette a disposizione dei cittadini una grande quantità di informazioni e assicura possibilità di interazione, secondo quanto raccomandato dalle Linee Guida per i siti WEB della Pubblica Amministrazione e dal Codice dell’Amministrazione Digitale (CAD).

Sul Sito la comunicazione corretta, puntuale e aggiornata si rivolge a cittadini, imprese, altre amministrazioni ed operatori sanitari che cercano informazioni, approfondimenti, ricerche, indicazioni, pubblicazioni, progetti, consigli per mantenere/migliorare la propria salute e per usufruire di servizi ed prestazioni erogate dall’Azienda.

Il Sito riconduce l’offerta informativa a tre grandi categorie di informazioni:

- ✓ informazioni sulla salute e sull’accesso ai servizi
- ✓ informazioni relative ad amministrazione trasparente ed altri obblighi di legge
- ✓ social media.

3. Obiettivi del sito web istituzionale

Il principale obiettivo del Sito è quello di supportare l’Azienda, anche attraverso il coinvolgimento dei portatori di interesse, nel miglioramento continuo della qualità delle informazioni online e dei servizi digitali. Il Sito, in quanto emanazione e rappresentazione dell’Azienda, è in linea con i principi dell’“Open Government” definiti nel D.Lgs n.33/2013 e mira quindi a rafforzare:

- Trasparenza
- Equità d’accesso alle informazioni
- Partecipazione

- *Accountability* (rendicontazione, trasparenza, responsabilità, attendibilità)

Al fine di garantire:

- Accertata utilità
- Semplificazione dell'interazione tra Azienda e utenti
- Trasparenza dell'azione amministrativa
- Facile reperibilità e fruibilità dei contenuti
- Costante aggiornamento dei contenuti

4. La qualità delle informazioni

I criteri di riferimento dei contenuti e della presentazione del Sito sono rappresentati anche dalle raccomandazioni contenute nelle Linee guida per la comunicazione on line del Ministero della Salute¹ per creare un sito istituzionale di qualità in tema di salute.

Tali raccomandazioni sono relative a:

1. *Contenuti informativi*

- ✓ Favorire comportamenti finalizzati alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie, nonché a facilitare l'adesione ai programmi di prevenzione secondaria
- ✓ Garantire il diritto di accesso all'assistenza sanitaria, favorendo l'utilizzo appropriato dei servizi e delle strutture sanitarie
- ✓ Fornire informazioni sulle 'performance' delle diverse strutture sanitarie,
- ✓ Implementare strumenti interattivi in grado di favorire una maggiore partecipazione dei cittadini, anche mediante strategie cooperative e di *network con realtà associative del privato e del privato sociale*

2. *Strategie di comunicazione e criteri redazionali*

- ✓ Rispettare i criteri di usabilità e accessibilità del sito
- ✓ Curare la semplificazione della struttura dell'informazione, facilitare la comprensibilità del contenuto e contestualizzare temporalmente le informazioni e i documenti pubblicati
- ✓ Semplificare il linguaggio senza tralasciare le regole della cortesia linguistica e l'importanza del linguaggio tecnico a garanzia dell'attendibilità dell'informazione
- ✓ Prediligere la pubblicazione di testi sintetici anche attraverso il ricorso all'ipertesto o al collegamento a documenti in download
- ✓ Prevedere strumenti di consultazione dell'informazione che assumano il punto di vista dell'utente, quali il menu di navigazione del sito, sezioni di attualità informativa e strumenti alternativi di ricerca delle informazioni (motore di ricerca interno, tag, filtri, ecc.)

1 http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1473

- ✓ Curare la qualità grafica e il livello di navigabilità del sito
- ✓ Prevedere strumenti per la misurazione della customer satisfaction rispetto alle informazioni erogate e ai servizi on line.
- ✓ Aggiornare costantemente i contenuti delle diverse sezioni e pagine

5. Ruoli e responsabilità

Per svolgere efficacemente l'attività connessa alla gestione del Sito si rende necessario definire una struttura organizzativa con le seguenti funzioni:

5.1 La UO Sviluppo Qualità e Comunicazione:

- ✓ Garantisce la facile reperibilità dei contenuti e la fruibilità delle informazioni
- ✓ Cura i rapporti con la società esterna deputata alla gestione tecnica del sito e della banca dati, in collaborazione con la UO Tecnologie Informatiche e Telematiche
- ✓ Coordina e convoca il Comitato di Redazione
- ✓ Attua le linee di indirizzo emanate dal Comitato di Redazione
- ✓ Coordina gli operatori referenti dei vari servizi per la pubblicazione
- ✓ Cura la pubblicazione delle informazioni e l'aggiornamento delle pagine
- ✓ Sovrintende al rilascio delle credenziali di accesso (utente e password) agli utenti pubblicatori che utilizzeranno il sistema di gestione dei contenuti CMS (Content Management System);
- ✓ Sovrintende alla formazione tecnica degli utenti pubblicatori relativamente alle specificità dell'utilizzo del CMS;
- ✓ Monitora periodicamente le informazioni pubblicate
- ✓ Valuta le richieste di modifica e reinserimento delle informazioni che comportano modifiche rilevanti degli elementi strutturali del sito
- ✓ Cura i rapporti con i soggetti esterni/istituzioni per eventuali collaborazioni e integrazioni delle informazioni
- ✓ Promuove e collabora alla redazione/pubblicazione di informazioni su social media
- ✓ Cura la realizzazione di "spazi dedicati" all'interno del sito aziendale in accordo con i responsabili dei servizi interessati
- ✓ Cura l'aggiornamento dell'area riservata Intranet, in accordo con l'UO Tecnologie Informatiche e Telematiche
- ✓ Valuta i risultati della rilevazione della qualità percepita del sito web istituzionale
- ✓ Analizza i dati di accesso ed elabora conseguenti strategie per il miglioramento dell'accessibilità, in collaborazione con l'UO Tecnologie Informatiche e Telematiche
- ✓ Valuta, in collaborazione con la U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche, l'adeguatezza del sito in termini di accessibilità e la proporzionalità degli oneri necessari agli adeguamenti.

5.2 Il Comitato di redazione

- ✓ Stabilisce il piano editoriale aziendale, in accordo con la Direzione Generale

- ✓ Propone l'aggiornamento dei criteri di pubblicazione, anche inerenti alle richieste pervenute da soggetti esterni
- ✓ Adegua i contenuti e la pubblicazione sulla base dei nuovi obblighi normativi

Composizione e responsabilità:

- ✓ **UO Sviluppo Qualità e Comunicazione**
 - Dirigente responsabile, con funzione di Responsabile del procedimento di pubblicazione (esclusa Area trasparenza)
 - Posizione Organizzativa "Qualità e Comunicazione"
 - Componenti dello Staff che si occupano di comunicazione online
- ✓ **UO Tecnologie Informatiche e Telematiche**
 - Responsabile, con funzione di gestione tecnologica e sicurezza del sito e della rete informatica aziendale
- ✓ **UO Affari generali**
 - Responsabile Aziendale della Trasparenza

5.3 L'amministratore del Sito

L'amministratore del Sito è individuato nel **Responsabile UO Tecnologie Informatiche e Telematiche** cui competono le seguenti funzioni:

- ✓ Gestisce i rapporti tecnici con il fornitore del servizio fornito dalla società esterna deputata alla gestione tecnica del sito e della banca dati in collaborazione con la UO Sviluppo Qualità e comunicazione;
- ✓ Gestisce e supervisiona la struttura informatica generale del Sito;
- ✓ Gestisce eventuali richieste di intervento correlate anche a problemi tecnici
- ✓ Valuta, in collaborazione con la U.O. Sviluppo Qualità e Comunicazione, l'adeguatezza del sito in termini di accessibilità e la proporzionalità degli oneri necessari agli eventuali adeguamenti.

5.4 Il Responsabile del procedimento di pubblicazione

Il responsabile del procedimento di pubblicazione è il riferimento per l'organizzazione dei contenuti del sito e la supervisione del loro aggiornamento. Viene individuato nel **Responsabile dell'UO Sviluppo Qualità Comunicazione**, cui competono le seguenti funzioni:

- ✓ propone l'inserimento di nuove sezioni funzionali al sito, rispondenti alle necessità dell'utenza, compresa l'agevolazione nel reperimento dei documenti e banche dati in base a quanto previsto dalle Linee guida per i siti Web della pubblica amministrazione
- ✓ controlla i contenuti a pubblicazione avvenuta, avvalendosi anche di un sistema di reportistica sugli aggiornamenti delle pagine Web
- ✓ effettua un controllo semestrale sul rispetto del D.lgs n. 82/2005 per quanto riguarda il Sito e delle Linee guida per i siti Web della pubblica amministrazione
- ✓ fornisce, ove richiesto, consulenze sul contenuto e la sua impostazione

- ✓ interviene, se necessario, nella modifica di pagine Web

Per lo svolgimento di tali funzioni il responsabile del procedimento di pubblicazione si avvale del supporto di operatori di riferimento. Il nominativo del responsabile del procedimento, con l'indirizzo e-mail, è raggiungibile da una specifica sezione del sito accessibile dalla Home page

5.5 Il Responsabile della Trasparenza

Il Dirigente **Responsabile della Trasparenza** è responsabile della pubblicazione dei contenuti in area trasparenza ed effettua il monitoraggio sul rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di pubblicazione nella Sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

Il nominativo del responsabile della trasparenza, con l'indirizzo e-mail, è raggiungibile dalla specifica sezione del sito, accessibile dalla Sezione Amministrazione Trasparente.

5.6 Referenti per la pubblicazione

Ai fini dell'aggiornamento del Sito, è demandata a ciascun Referente per la pubblicazione la verifica e il puntuale aggiornamento dei contenuti delle pagine di propria competenza, secondo i criteri indicati nel presente regolamento e di quelli definiti dal Comitato di redazione.

I referenti per la pubblicazione sono tutti i Responsabili di Strutture Semplici e/o Complesse ad es. UO, UOS, UOSD, UOC, Dipartimenti, Presidi ospedalieri, Distretti, Staff alla Direzione e Uffici Amm.vi. Tali referenti svolgeranno la loro funzione inviando tempestivamente le informazioni da pubblicare, integrare o aggiornare all'UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, che provvederà alla pubblicazione. Ogni Referente per la pubblicazione così come gli addetti dell'UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, è obbligato, con riguardo alla propria area di competenza nel rispetto il Codice di Comportamento aziendale.

6. Aggiornamento dei contenuti del Sito

Tutte le strutture dell'Azienda sono tenute ad alimentare e aggiornare i contenuti del Sito secondo i criteri indicati nel presente regolamento.

La responsabilità dei contenuti dei dati e delle informazioni pubblicate ricade sui responsabili delle strutture competenti, in quanto titolari dei dati e delle informazioni fornite e sugli stessi ricade l'obbligo di trasmettere alla UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, in quanto gestore del procedimento di pubblicazione, dati e relativi aggiornamenti.

Le richieste di pubblicazione di notizie e materiali vanno inoltrate alla UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, specificando la pagina del sito in cui effettuare l'inserimento, il testo, l'eventuale materiale consultabile e il periodo di pubblicazione.

Fanno eccezione tutti quei servizi che, per particolari esigenze, hanno concordato con lo UO Sviluppo Qualità e Comunicazione la nomina un pubblicatore autonomo (con proprie credenziali di accesso al Gestionale del Sito) che risponde direttamente al proprio referente della pubblicazione.

Per alcune aree che richiedono aggiornamenti frequenti/continuativi e tempestivi, come quelle che afferiscono al Dipartimento di Prevenzione, è previsto un utente pubblicatore.

7. Aggiornamento della sezione “Amministrazione trasparente”

In applicazione del D.lgs 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” l’Azienda assolve all’obbligo di pubblicazione dei dati e delle informazioni nell’apposita sezione “Amministrazione Trasparente” del Sito, nel rispetto dei limiti di trasparenza dell’art. 4, garantendo altresì l’obbligo e le procedure di “Accesso civico” di cui all’articolo 3.

La responsabilità della pubblicazione e dei contenuti è dei Dirigenti responsabili, in relazione alla specifica competenza sulla materia oggetto di pubblicazione prevista dal Decreto.

Tutti i dirigenti aziendali hanno l’obbligo di adempiere alla trasmissione al Responsabile della Trasparenza, dei dati e delle informazioni secondo la periodicità stabilita dal decreto legislativo e dal Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità.

Tali dati dovranno essere in formato aperto, ovvero conformi a quanto stabilito dall’art. 68 del Codice dell’Amministrazione Digitale al fine di garantire il loro riutilizzo. I prospetti dovranno altresì riportare l’indicazione, l’articolo, il comma e la lettera di riferimento al Decreto legislativo in questione.

Il Dirigente Responsabile della Trasparenza, coerentemente con il ruolo assegnato, svolge funzioni di monitoraggio sul rispetto degli obblighi previsti in materia di pubblicazione nell’ambito della sezione del portale denominata “Amministrazione trasparente”.

Gli strumenti per effettuare compiutamente il monitoraggio e i relativi documenti attestanti l’effettuazione dello stesso, sono individuati, predisposti ed utilizzati dal Responsabile della Trasparenza.

8. Note Legali

Tutti i contenuti, sia il testo, la grafica, i files, le tabelle, le immagini e le informazioni presenti all'interno di questo sito sono protetti ai sensi delle normative sul diritto d'autore, sui brevetti e su quelle relative alla proprietà intellettuale. Ogni prodotto o società menzionati in questo sito sono marchi dei rispettivi proprietari o titolari e possono essere protetti da brevetti e/o copyright concessi o registrati dalle autorità preposte. Possono quindi essere scaricati o utilizzati solo per uso personale e non commerciale: pertanto nulla, neppure in parte, potrà essere copiato, modificato o rivenduto per fini di lucro o per trarne qualsivoglia utilità.

Utilizzo sito

Salvo diverse indicazioni di legge, l’Azienda non potrà in nessun caso essere ritenuta responsabile per danni di qualsiasi natura parziali o totali, diretti o indiretti legati all'utilizzo del sito web.

L’Azienda non assume alcuna responsabilità per eventuali problemi che possano insorgere con l'utilizzo di link esterni cui è possibile accedere dal sito aziendale. I collegamenti ipertestuali verso

altri siti esterni non comportano l'accettazione di responsabilità da parte dell'Azienda circa i contenuti presenti in tali altri siti.

9. Privacy

In questo paragrafo sono descritte le regole di trattamento dei dati personali degli utenti che interagiscono con i servizi web del portale istituzionale della Regione Umbria accessibili per via telematica a partire dall'indirizzo corrispondente alla pagina iniziale: www.uslumbria1.gov.it

L'Azienda si impegna a rispettare e a proteggere la riservatezza degli utenti trattando i dati personali dagli stessi forniti nel rispetto delle disposizioni normative atte a garantire la sicurezza, l'esattezza, l'aggiornamento e la pertinenza dei dati rispetto alle finalità dichiarate.

Ai sensi dell'art. 13 Reg. (UE) 2016/679 *Regolamento del Parlamento europeo relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE* (regolamento generale sulla protezione dei dati - GDPR) si forniscono le seguenti informazioni in relazione al trattamento dei dati personali ai fini dell'esercizio delle funzioni, connesse e strumentali, alla consultazione e utilizzazione del portale istituzionale.

Lo scopo della presente informativa è fornire in maniera trasparente notizie sui dati raccolti e sulle relative modalità di utilizzo.

L'informativa si ispira anche alla Raccomandazione n. 2/2001 che le autorità europee per la protezione dei dati personali, riunite nel Gruppo istituito dall'art. 29 della direttiva n. 95/46/CE, hanno adottato il 17 maggio 2001 per individuare alcuni requisiti minimi per la raccolta di dati personali on-line e, in particolare, le modalità, i tempi e la natura delle informazioni che i titolari del trattamento devono fornire agli utenti quando questi si collegano a pagine web, indipendentemente dagli scopi del collegamento.

L'informativa vale solo per il sito dell'Azienda e non per altri siti web eventualmente consultati dall'utente tramite collegamenti (*link*).

I dati personali forniti dagli utenti che inoltrano richieste sono utilizzati al solo fine di dare esecuzione alla richiesta di volta in volta inoltrata, e sono comunicati a terzi nel solo caso in cui ciò sia strettamente necessario e funzionale a tale finalità, nel rispetto delle specifiche informative rese ai sensi delle norme vigenti. I dati sono trattati da personale appositamente incaricato al trattamento dei dati, solo qualora il trattamento sia necessario allo svolgimento delle mansioni assegnate.

I sistemi informatici e le procedure software preposte al funzionamento di questo sito web acquisiscono, nel corso del loro normale esercizio, alcuni dati personali la cui trasmissione è implicita nell'uso dei protocolli di comunicazione di Internet. Si tratta di informazioni che non sono raccolte per essere associate a interessati identificati, ma che per loro stessa natura potrebbero, attraverso elaborazioni ed associazioni con dati detenuti da terzi, permettere di identificare gli utenti. In questa categoria di dati rientrano gli indirizzi IP o i nomi a dominio dei computer utilizzati dagli utenti che si connettono al sito, gli indirizzi in notazione URI (*Uniform Resource Identifier*) delle risorse richieste, l'orario della richiesta, il metodo utilizzato nel sottoporre la richiesta al server, la dimensione del file

ottenuto in risposta, il codice numerico indicante lo stato della risposta data dal server (buon fine, errore, ecc.) ed altri parametri relativi al sistema operativo e all'ambiente informatico dell'utente. Questi dati vengono utilizzati al solo fine di ricavare informazioni statistiche anonime sull'uso del sito e per controllarne il corretto funzionamento e vengono cancellati immediatamente dopo l'elaborazione. I dati potrebbero essere utilizzati per l'accertamento di responsabilità in caso di ipotetici reati informatici ai danni del sito.

I dati personali pubblicati in applicazione del D.lgs 14 marzo 2013, n. 33 nella sezione "Amministrazione trasparente" sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riutilizzo dei dati pubblici (direttiva comunitaria 2003/98/CE e d.lgs. 36/2006 di recepimento della stessa), in termini compatibili con gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati, e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Cookies

Nessun dato personale degli utenti viene di proposito acquisito dal sito né viene fatto uso di sistemi per il tracciamento degli utenti.

Diritti degli interessati

I soggetti cui si riferiscono i dati personali hanno il diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione.

Dati per il monitoraggio

Il sito è predisposto con un sistema di rilevazione di dati statistici utili a comprendere il livello di utilizzo del sito stesso, i contenuti più graditi, quelli più ricercati all'interno del sito, quelli maggiormente intercettati dai motori di ricerca esterni. Il sito ha un monitoraggio in tempo reale di orario di accesso, raccolta accessi per giorno, mese, anno, visitatori univoci, pagine visitate.

Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda USL Umbria 1.

10. Disposizioni Finali

Per tutto quanto non previsto dal presente Regolamento si rinvia alle norme vigenti in materia.

11. Normativa di Riferimento

- ✓ Legge n. 150/2000 "Disciplina delle attività di informazione di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" (Regolamento attuativo - Direttiva DPCM 21.09. 2000);
- ✓ Legge 9.01.2004 n. 4 "Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici" e successivi decreti attuativi;
- ✓ Direttiva PCM 24.03.2004 del Ministro per l'innovazione delle tecnologie e del Ministro per la funzione pubblica del 27.07.2005 in materia di customer satisfaction;
- ✓ Direttiva 24.10.2005 del Ministro per la funzione pubblica sulla semplificazione del linguaggio delle pubbliche amministrazioni;

- ✓ Direttiva 18 novembre 2005 del Ministro per l'innovazione e tecnologie sulle linee guida per la pubblica amministrazione digitale;
- ✓ D.lgs. 82/2005 Codice dell'amministrazione digitale;
- ✓ Linee guida per i siti Web della pubblica amministrazione anno 2011 (art 4 della direttiva n. 8/2009 del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione);
- ✓ D.lgs. 150 del 27. 10. 2009 - l'art. 11 che ha definito una serie di contenuti obbligatori che le pubbliche amministrazioni hanno l'onere di pubblicare sul proprio sito istituzionale e l'art. 54 del codice dell'amministrazione digitale;
- ✓ Legge N. 69/2009, Art. 32 ad oggetto eliminazione degli sprechi relativi al mantenimento di documenti in forma cartacea;
- ✓ Direttiva N. 8 del 26.11.2009 del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione sui siti Web delle pubbliche amministrazioni e per il miglioramento della qualità dei servizi delle informazioni on-line al cittadino;
- ✓ D.lgs. 27 ottobre 2009, N. 150 attuazione della legge 4.03.2009, N. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- ✓ Linee guida per i siti Web della pubblica amministrazione del luglio 2010 (in attuazione dell'art. 4 della direttiva numero 8 /2009);
- ✓ Linee guida per la comunicazione on line del Ministero della Salute, dicembre 2010; - Linee guida del garante della privacy in materia di trattamento dei dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi emanati da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione diffusione sul Web, pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale N. 64 del 19/03/2011;
- ✓ Legge 190 del 6.11.2012 , con particolare riferimento al D.lgs. 33 del 14.03. 2013 “Nuovi obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni per le pubbliche amministrazioni”;
- ✓ D. Lgs. 33 del 14.3.2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” e successivi provvedimenti attuativi e modificativi.
- ✓ Regolamento Europeo 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)

Social Media Policy

Regolamento

Indice

1. Finalità di utilizzo dei social media	2
2. SOCIAL MEDIA POLICY ESTERNA	2
2.1. Regole di comportamento (netiquette) e moderazione	2
2.2. Comitato di Redazione	3
2.3. Gestione degli account	3
2.4. Cosa pubblichiamo	4
2.5. Privacy	4
3. SOCIAL MEDIA POLICY INTERNA	4
3.1. Uso privato dei social media	4
3.2. Uso di profili istituzionali in rappresentanza della Usl Umbria 1	6
4. Contatti e suggerimenti	6
5. Normativa di riferimento	6
6. Allegati	7

1. Finalità di utilizzo dei social media

L'Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1 (di seguito USL Umbria 1) è presente nel web attraverso il sito istituzionale www.uslumbria1.gov.it che è la principale fonte di informazioni e comunicazioni d'interesse pubblico rivolte ai cittadini.

La USL Umbria 1 intende altresì essere presente sui social media per informare, comunicare, ascoltare e orientare l'accesso ai servizi, favorendo la partecipazione, il confronto e il dialogo con i propri interlocutori, tenendo presente che questi strumenti integrano e non sostituiscono i tradizionali canali di comunicazione attraverso i quali vengono rese disponibili le informazioni. Sappiamo bene che i social sono solo un mezzo e non un fine, peraltro da ben disciplinare per evitare abusi e distorsioni. Il punto d'arrivo resta sempre quello di fornire al cittadino risposte precise, tempestive e trasparenti, assecondando una domanda che si fa sempre più esigente (4). I social media già attivi nella USL Umbria 1 sono esposti di seguito:

- ✓ Il canale Youtube della USL Umbria 1 <https://www.youtube.com/user/AUSL2> è lo strumento per veicolare i contenuti relativi alla multidimensionalità delle funzioni svolte dalla USL Umbria 1 attraverso la forza comunicativa dell'immagine in movimento, dare visibilità agli eventi, diffondere e supportare le campagne informative e sperimentare il *live streaming*.
- ✓ "Facebook è la pagina iniziale per milioni di italiani che si informano sul web, è il motore di ricerca più usato dai cittadini, è la piattaforma privata che raccoglie le informazioni più dettagliate su esigenze e opinioni degli italiani"(4). È questo il motivo per cui la USL Umbria 1 ha deciso di pianificare la propria presenza su questo social. Considerata la complessa articolazione della nostra azienda sanitaria e sulla base delle risorse disponibili, attualmente abbiamo scelto di istituire delle pagine tematiche, legate a quattro ambiti di attività:
 - Promozione della salute e stili di vita
 - Disturbi del comportamento alimentare
 - Disinfestazione da insetti, roditori e piante
 - Formazione in emergenza urgenza

2. SOCIAL MEDIA POLICY ESTERNA

La social media policy esterna illustra all'utenza le regole di comportamento da tenere nei profili istituzionali creati e indica quali contenuti e quali modalità di relazione ci si deve aspettare in tali spazi (6).

2.1 Regole di comportamento (netiquette) e moderazione

I social rappresentano uno spazio di partecipazione, tutti hanno il diritto di intervenire esprimendo liberamente la propria opinione attraverso commenti e post pubblicati, fermo restando che il requisito essenziale è l'interesse pubblico degli argomenti. A tutti gli utenti si chiede di utilizzare un linguaggio orientato al rispetto altrui. Qualsiasi interlocutore è responsabile dei messaggi che invia, dei contenuti che pubblica e delle opinioni che esprime. Gli utenti sono invitati a presentarsi sempre con nome e cognome; i commenti e i post rappresentano l'opinione dei singoli e non

quella dell'Azienda, che non può pertanto essere ritenuta responsabile della veridicità di quanto viene postato da terzi.

Saranno moderati e rimossi i commenti e i post che violino le condizioni riportate in questo documento o in qualsiasi legge applicabile. In particolare non sono ammessi:

- ✓ insulti, turpiloqui, minacce, qualsiasi forma di discriminazione e in generale atteggiamenti che ledano la dignità delle persone, i diritti delle minoranze e dei minori, i principi di libertà e uguaglianza;
- ✓ commenti o post che riportino dati personali (numero di telefono, casella email, indirizzo, ecc.) e che in generale non rispettino la privacy delle persone;
- ✓ contenuti che violino il diritto d'autore e l'utilizzo non autorizzato di marchi registrati, sollecitazioni commerciali e commenti che sostengano o incoraggino l'attività illecita;
- ✓ messaggi non pertinenti rispetto all'argomento pubblicato (*Off Topic*);
- ✓ messaggi a contenuto politico o propagandistico;
- ✓ scritti per disturbare la discussione o offendere chi gestisce e modera i canali social;
- ✓ contenuti che contengano spam;

Nei casi più gravi - e in modo particolare in caso di mancato rispetto delle regole condivise in questo documento - l'Azienda si riserva la possibilità di cancellare i contenuti, di valutare il ricorso al BAN, escludere l'accesso dell'utente alla pagina, alla segnalazione ai gestori della piattaforma social, nonché eventualmente alle forze dell'ordine.

2.2 Comitato di Redazione social

Il Comitato di redazione (CdR) è composto dal Responsabile della UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, dalla P.O. Qualità e Comunicazione e dagli operatori della UO che si occupano di comunicazione web. Il CdR assicura le seguenti funzioni:

- ✓ Stabilisce il piano editoriale aziendale per l'adeguata presenza sui social media;
- ✓ Valuta le richieste di apertura di account istituzionali, di concerto con la Direzione Aziendale;
- ✓ Effettua la supervisione dell'attività degli amministratori delle pagine social attive;
- ✓ Valuta i suggerimenti, le richieste e le segnalazioni pervenute per il miglioramento delle attività della pagine social istituzionali;
- ✓ Adegua la presenza dell'Azienda sui social media sulla base degli obblighi normativi

2.3 Gestione degli account

Il canale Youtube viene gestito direttamente dalla UO Sviluppo Qualità e Comunicazione e viene presidiato dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00.

Le pagine Facebook vengono gestite e presidiate dagli amministratori appositamente individuati, sette giorni su sette, dalle 9 alle 19. Gli amministratori delle pagine sono responsabili dei contenuti pubblicati. Il Comitato di Redazione della UO Sviluppo Qualità e Comunicazione effettua una supervisione a posteriori dell'attività degli amministratori delle pagine social.

Tutti i quesiti e i messaggi vengono letti dall'amministratore della pagina. Eventuali risposte a quesiti posti, vengono fornite nel più breve tempo possibile, sulla base della tipologia della richiesta. Nel caso in cui i canali *social* non siano lo strumento adeguato per soddisfare la richiesta, si provvederà ad indicare il corretto canale di comunicazione a cui rivolgersi.

In nessun caso le pagine social possono essere utilizzate per reclami o segnalazioni, per i quali sono attivi gli Uffici Relazioni col Pubblico dislocati nel territorio della USL Umbria 1 <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/urp>.

Per avere informazioni specifiche sui servizi aziendali si raccomanda di non utilizzare le pagine social, ma di consultare il sito istituzionale <http://www.uslumbria1.gov.it/> oppure rivolgersi ai centralini telefonici <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/elenco-telefonico> o al NUS (Numero Umbria Sanità) 800.63.63.63.

Pubblicando un commento o altro materiale su uno spazio dell'Azienda USL Umbria 1, si accetta che l'azienda abbia il diritto irrevocabile di riprodurre, distribuire, pubblicare, modificare e utilizzare il contributo in ogni circostanza – in qualsiasi forma e su qualsiasi mezzo di comunicazione.

2.4 Cosa pubblichiamo

I contenuti pubblicati sui nostri canali social, come tutti i contenuti della comunicazione istituzionale (12) riguardano prevalentemente:

- ✓ Informazioni riguardanti le attività ed i servizi dell'azienda
- ✓ Promozione di incontri ed eventi
- ✓ Diffusione di materiali informativi
- ✓ Accesso ai servizi pubblici e loro funzionamento
- ✓ Azioni di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini
- ✓ Messaggi di pubblico interesse di altre istituzioni (ad es. Ministeri, Regione, ecc.)
- ✓ Eventuali comunicazioni aziendali inerenti

2.5 Privacy

Il trattamento dei dati particolari degli utenti è regolato dalle policy dei diversi social media utilizzati. In ogni caso i dati sensibili contenuti in commenti o interventi all'interno dei nostri profili social verranno rimossi. I dati condivisi dagli utenti attraverso eventuali messaggi privati spediti direttamente alla struttura che gestisce i profili social saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy (1) e conservati esclusivamente per il tempo necessario allo svolgimento del servizio richiesto dall'Utente.

3. SOCIAL MEDIA POLICY INTERNA

La social media policy interna definisce le principali regole di comportamento che i dipendenti della USL Umbria 1 sono tenuti ad osservare sui social media con i propri profili personali e sulle pagine dell'azienda (6).

I destinatari del presente documento sono tutti i dipendenti dell'Azienda USL Umbria 1, e per quanto compatibile, tutti i collaboratori o consulenti, aventi qualsiasi tipologia di contratto, nonché le imprese fornitrici di opere o servizi.

3.1 Uso privato dei social media

Eventuali profili del personale della USL Umbria 1, collaboratori e consulenti, sono gestiti a titolo personale e in autonomia, nel rispetto del Codice di comportamento aziendale (9) e delle indicazioni presenti in questo documento.

In ogni caso, vanno sempre tenute presenti le seguenti regole comportamentali:

- **Essere attenti a come ci si presenta**

I confini tra pubblico e privato, tra personale e professionale sono molto sfumati nelle reti sociali online. Se ci si identifica come dipendenti della USL Umbria 1 o si è noti per essere tali, questo renderà facile il collegamento all'azienda per cui si lavora, sia da parte dei collaboratori e dirigenti che da parte dagli utenti ed è, quindi, necessario assicurarsi che il contenuto associato al dipendente non sia lesivo dell'immagine aziendale. Per evitare questo problema è necessario mettere in chiaro che si sta scrivendo a titolo personale e per proprio conto, e non per la USL Umbria 1. Come minimo, si consiglia vivamente di includere un *disclaimer* simile al seguente: "le opinioni su questo profilo sono mie e non rappresentano le opinioni o le posizioni dell'Azienda USL Umbria 1".

- Rispettare tutti gli utenti e i colleghi

È importante ricordare che un'Azienda Sanitaria è un'organizzazione complessa i cui dipendenti e utenti riflettono un insieme diversificato di costumi, valori e punti di vista. Non bisogna avere paura di essere se stessi, ma è opportuno esprimersi con rispetto. Questo include non solo i comportamenti più ovvi (assenza di insulti etnici, personali, oscenità, ecc.) ma anche argomenti che possono essere considerati offensivi o infamatori.

- Rispettare la privacy dei colleghi

I social media e gli altri strumenti online non devono essere utilizzati per le comunicazioni interne tra i colleghi né per la gestione di disaccordi o divergenze né possono essere divulgate foto che identifichino persone senza il loro permesso (5). Anche in questo modo si contribuisce a mantenere l'ambiente di lavoro confortevole e professionale.

- Rispettare la privacy degli utenti

Rispettare la privacy dei nostri utenti è una priorità aziendale, come previsto dall'apposita normativa (1). È vietato utilizzare o discutere nei social network eventuali informazioni riguardanti gli utenti per qualsiasi scopo, evitando anche di contattarli per motivi legati al servizio. Nel rispetto della privacy dei pazienti e degli operatori, è necessario evitare ogni forma di spettacolarizzazione delle attività di lavoro, attraverso la pubblicazione di fotografie o selfie, soprattutto in ambito clinico, come ricordato dall'apposita Nota del Ministero della Salute (5)

- Proteggere le informazioni e immagini riservate in possesso della USL Umbria 1

Come da normativa vigente ogni dipendente della USL Umbria 1 ha l'obbligo di proteggere le informazioni riservate dell'azienda. È vietato rendere pubbliche informazioni aziendali riservate, né pubblicare o divulgare documenti interni informali e non ancora deliberati.

- Rispetto del copyright, per un uso o utilizzo leale, equo o corretto

Per la protezione dei dipendenti e dell'azienda, è fondamentale che ci si attenga a tutte le leggi in materia di copyright. Questo significa che non si deve utilizzare il logo o immagini aziendali per uso personale. Inoltre, non è consentito copiare, digitalizzare, modificare o distribuire qualsiasi parte di un lavoro protetto da copyright senza aver prima ottenuto l'autorizzazione scritta del proprietario del copyright. Per ulteriori informazioni si prega di fare riferimento alla U.O. Sviluppo Qualità e Comunicazione.

- Evitare di speculare su Rumors:

E' opportuno evitare di speculare su qualsiasi evento o notizia che la USL Umbria 1 non abbia ufficialmente annunciato. Fughe d'informazioni potenzialmente in grado di ledere gli interessi Aziendali non saranno permesse. Ogni dipendente quando è stato assunto alla Azienda USL

Umbria 1, ha sottoscritto ed accettato il contratto di lavoro che recepisce il DPR 16 Aprile 2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" (3).

3.2 Uso di profili istituzionali in rappresentanza della usl umbria 1

È questo il caso in cui un individuo, autorizzato dall'Amministrazione, accede ad un social media con account istituzionale e attraverso di esso agisce in nome e per conto della USL Umbria 1.

Ogni volta che l'azienda ravveda un interesse nella creazione di un account social di un proprio servizio, verrà avviato il percorso che prevede la richiesta formale alla U.O. Sviluppo Qualità e Comunicazione, mediante il modulo allegato alla presente policy (Allegato 1). La richiesta sarà valutata di concerto con la Direzione Generale ed eventualmente approvata.

I contenuti informativi dovranno rispondere alle seguenti caratteristiche:

- ✓ **Riconoscibilità:** tutte le pagine dovranno essere riconoscibili come Usl Umbria 1 attraverso la presenza di: logo aziendale (10), link alla policy, contatti del servizio di riferimento;
- ✓ **Pertinenza:** attinenti alla tematica specifica per cui l'account è stato previsto;
- ✓ **Validità scientifica e documentazione:** le informazioni debbono essere fornite da professionisti qualificati ed essere scientificamente giustificate, con una chiara attribuzione delle fonti scientifiche di riferimento e del loro aggiornamento (riferimenti bibliografici e data);
- ✓ **Trasparenza:** le informazioni dovranno essere più chiare possibili, fornendo possibilmente i recapiti ai quali gli utilizzatori possono chiedere ulteriori approfondimenti;
- ✓ **Complementarietà:** destinati ad incoraggiare, e non a sostituire, le relazioni esistenti sia tra utenti e personale medico-sanitario, e gli altri canali di comunicazione.

Le regole di comportamento da osservare all'interno degli account istituzionali sono le stesse definite ai punti 2.1 e 3.1.

4. Contatti e suggerimenti

Gli utenti possono inviare suggerimenti e segnalazioni al Comitato di Redazione della policy: comunicazione@uslumbria1.it

5. Normativa di riferimento

- 1) Regolamento Europeo 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)
- 2) Legge 7 giugno 2000 n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"
- 3) Decreto del Presidente della Repubblica 16 Aprile 2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici"

- 4) "Social media e PA, dalla formazione ai consigli per l'uso", Ministro per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione, Formez PA, PA Social, Seconda Edizione, Gennaio 2018, <http://www.formez.it/notizie/social-media-e-pa-dalla-formazione-ai-consigli-luso.html>
- 5) Nota Ministero della Salute "Diffusione di foto e video da parte di esercenti delle professioni sanitarie realizzati all'interno di strutture sanitarie", Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale, 29/03/2017
- 6) "Linee guida per i siti web della PA - Vademecum Pubblica Amministrazione e Social media" del Ministero della Funzione Pubblica, <http://www.formez.it/notizie/online-il-vademecum-pubblica-amministrazione-e-social-media.html>
- 7) "Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web 2 marzo 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 64 del 19 marzo 2011)
- 8) "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati" (Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 134 del 12 giugno 2014)
- 9) "Codice di Comportamento", Delibera Dir. Generale n.921 del 27/10/2014, USL Umbria 1
- 10) Regolamento per la concessione del patrocinio e l'utilizzo logo dell'Azienda USL Umbria 1, Delibera Direttore Generale n. 405 del 22/03/2017, USL Umbria 1

6. Allegati

Allegato 1 - Richiesta di attivazione di account social istituzionale in rappresentanza dell'Azienda USL Umbria 1

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DI ACCOUNT SOCIAL CON FINALITÀ ISTITUZIONALI IN RAPPRESENTANZA DELL'AZIENDA USL UMBRIA 1
--

Il/a sottoscritto/a _____ Dirigente Responsabile della UO
_____ chiede alla **UO Sviluppo Qualità e Comunicazione**,
l'autorizzazione all'apertura di un account di social networking per finalità istituzionali.
A tal fine dichiara di aver letto e compreso in ogni sua parte la Social Media Policy dell'Azienda USL
Umbria 1, di cui il presente modulo è parte integrante.

Al fine della valutazione della richiesta si specifica quanto segue:

- Social media: _____

- Titolo della pagina/account (*utilizzare una denominazione facilmente individuabile*):

- Obiettivi (*specificare le finalità per cui si intende aprire l'account*):

- *Amministratori incaricati della gestione dell'account:*

1. Nome _____ Cognome _____

Funzione _____ Firma _____

2. Nome _____ Cognome _____

Funzione _____ Firma _____

3. Nome _____ Cognome _____

Funzione _____ Firma _____

4. Nome _____ Cognome _____

Funzione _____ Firma _____

Data

Firma del responsabile della U.O. richiedente
