



	<i>Standard di Servizio</i>	<i>SDS 01</i>
	<b>UO SVILUPPO QUALITÀ E COMUNICAZIONE</b>	REV: 01 Data 31/04/2022

## **INTRODUZIONE**

**Definizione del servizio e campo di applicazione**

**Presentazione del servizio**

**Informazioni e comunicazione esterna**

**Analisi del contesto ed esigenze delle parti interessate:**

- SWOT analysis
- analisi degli stake holders

## **POLITICA E PROCESSI**

**Politica del servizio**

**Descrizione dei processi principali di erogazione del servizio:**

Flow chart del processo principale

## **PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO**

**Responsabilità**

**Standard di Qualità dei processi (schema di verifica)**

**Elenco delle prestazioni**

**Riferimenti normativi, linee guida**

	<i>Standard di Servizio</i>	<i>SDS 01</i>
	<b>UO SVILUPPO QUALITÀ E COMUNICAZIONE</b>	REV: 01 Data 31/04/2022

## ***INTRODUZIONE***

Lo strumento standard di prodotto rappresenta il principale documento di pianificazione dello Staff Qualità e Comunicazione nel quale sono descritte le regole per affrontare rischi e opportunità al fine di raggiungere gli obiettivi definiti nella politica della struttura e coerenti con il mandato aziendale ad essa attribuito.

### ***Definizione del servizio e campo di applicazione***

Attività di supporto alla Direzione ed ai Servizi per la definizione degli obiettivi e delle politiche aziendali sulla qualità e sulla comunicazione e per lo sviluppo e il mantenimento del sistema qualità dei servizi e del sistema di aziendale di comunicazione interna ed esterna

### ***Presentazione del servizio***

Il servizio Sviluppo Qualità e Comunicazione, situato a Perugia in Strada Pian della Genna n.2, fa parte degli uffici in Staff della Direzione Generale della USL UMBRIA 1.

Al servizio afferisce la gestione di due specifiche Aree: l'Area della Qualità e l'Area della Comunicazione.

Due sono **le linee operative dell'Area Qualità**:

1. **Accreditamento istituzionale** (e d'Eccellenza);
2. **Gestione di documenti di pianificazione e di registrazione della qualità** (procedure generali aziendali, procedure generali di sistema, PDTA, documenti e moduli di registrazione ecc.);

che si realizzano garantendo il supporto metodologico ed il coordinamento della "Rete Qualità Aziendale", degli Auditor interni, nonché dei gruppi di miglioramento per la realizzazione di specifici progetti aziendali volti al miglioramento dei servizi e del sistema di gestione della qualità.

L'area qualità si propone di sviluppare e utilizzare metodologie e strumenti in grado di rendere misurabili e documentabili i miglioramenti conseguiti dai servizi accreditati e/o in accreditamento, nell'ambito del Sistema di Gestione Qualità, anche attraverso il monitoraggio dei risultati comparati coi requisiti di riferimento regionali e/o nazionali.

Le attività per la qualità sono svolte per conto della Direzione Aziendale dalla UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, sia attraverso personale strutturato (l'IPAS Qualità e dirigente ad interim ed una Coll. Prof. Sanitaria - Infermiera

	<i>Standard di Servizio</i>	<i>SDS 01</i>
	<b>UO SVILUPPO QUALITÀ E COMUNICAZIONE</b>	REV: 01 Data 31/04/2022

full time) sia mediante la collaborazione dei responsabili e facilitatori qualità delle unità operative ospedaliere e territoriali aziendali.

**L'Area Comunicazione**, a sua volta, si sviluppa in due macroaree tra di loro connesse:

1. Comunicazione interna ed esterna;
2. Ufficio Relazioni con il Pubblico Aziendale.

**La Comunicazione interna e esterna** ha 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); supporto comunicativo alla gestione degli eventi dell'azienda; gestione della concessione di patrocinii e dell'utilizzo del logo aziendale; supporto comunicativo per progetti aziendali per la promozione della salute, sensibilizzazione, miglioramento dell'accoglienza; coordinamento delle attività di realizzazione, installazione e restyling della cartellonistica e della segnaletica delle strutture aziendali; collaborazione allo svolgimento alle indagini volte a rilevare i livelli di soddisfazione degli utenti e collaborazione alla diffusione di informazioni all'interno dell'Azienda con l'obiettivo di sviluppare know-how, senso di appartenenza e cultura aziendale.

**L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)** ha funzioni di ascolto del cittadino e gestione complessiva dei reclami; informazioni generali sull'organizzazione e le attività dell'azienda e supporto alle attività legate all'Accesso Civico; suggerimenti e proposte rivolte al responsabile di struttura, per l'eliminazione dei disservizi.

Le attività di comunicazione sono svolte per conto della Direzione Aziendale dalla UO Sviluppo Qualità e Comunicazione, sia attraverso personale strutturato (1 Collaboratore Amministrativo – Professionale a tempo pieno e 1 Coll. Prof. Sanitario Part time per URP e 2 Assistente Amministrativi part time per la comunicazione) o con contratti di lavoro somministrato per il coordinamento della mediazione culturale e per la gestione dei social media e i rapporti con la stampa)

### ***Informazioni e comunicazione esterna***

Per le informazioni relative alle modalità di funzionamento del servizio Sviluppo Qualità e Comunicazione si rimanda alla consultazione del sito all'indirizzo:

<https://www.uslumbria1.it/notizie/sviluppo-qualita-e-comunicazione>

	<i>Standard di Servizio</i>	<i>SDS 01</i>
	<b>UO SVILUPPO QUALITÀ E COMUNICAZIONE</b>	REV: 01 Data 31/04/2022

***Analisi del contesto ed esigenze delle parti interessate:***

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 delle 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.

Di seguito si riporta la analisi dei punti di forza e debolezza, opportunità e minacce il raggiungimento delle finalità del servizio.

	<i>Standard di Servizio</i>	<i>SDS 01</i>
	<b>UO SVILUPPO QUALITÀ E COMUNICAZIONE</b>	REV: 01 Data 31/04/2022

<b>SWOT ANALYSIS</b>			
		<b>Carattere del fattore</b>	
		<b>Positivo</b>	<b>Negativo</b>
<b>Origine del fattore</b>	<b>Interno</b>	<b>Punti di Forza (S)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ personale motivato e competente;</li> <li>▪ buona collaborazione con le figure chiave degli staff e dei servizi;</li> <li>▪ sistema di accreditamento abbastanza sviluppato;</li> <li>▪ obiettivi di qualità nel Budget;</li> <li>▪ informatizzazione di molti processi chiave</li> </ul>	<b>Punti di debolezza(W)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dimensioni aziendale;</li> <li>▪ complessità aziendale;</li> <li>▪ limitata consapevolezza della coerenza e del valore aggiunto dell'accreditamento istituzionale e dell'attività di comunicazione e URP;</li> <li>▪ scarso numero di risorse umane dedicate nell'UO e nei servizi e incompleta formalizzazione della rete qualità aziendale;</li> <li>▪ sistemi di monitoraggio e attuati solo ai fini della rendicontazione ministeriale e regionale;</li> <li>▪ gestione ancora in parte cartacea dei documenti e delle evidenze del SQ</li> </ul>
	<b>Esterno</b>	<b>Opportunità (O):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orientamento alla digitalizzazione;</li> <li>▪ applicazione del nuovo modello di accreditamento all'intera azienda;</li> <li>▪ ripresa graduale dell'attività di valutazione dei requisiti di accreditamento regionali;</li> <li>▪ ripresa graduale delle attività di comunicazione esterna;</li> </ul>	<b>Minacce (T):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nuovo sistema di accreditamento regionale complesso</li> <li>▪ sistema documentale per la qualità molto articolato e quindi difficile da tenere sotto controllo</li> </ul>

	<i>Standard di Servizio</i>	<i>SDS 01</i>
	<b>UO SVILUPPO QUALITÀ E COMUNICAZIONE</b>	REV: 01 Data 31/04/2022

<b>STAKEHOLDERS ANALYSIS:</b>				
<b>INFLUENZA</b>				
		<b>BASSA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>ALTA</b>
<b>INTERESSE</b>	<b>BASSO</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direzione aziendale</li> </ul>
	<b>MEDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enti terzi di certificazione</li> <li>▪ Gestori siti web</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AO</li> <li>▪ Privato convenzionato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direzione regionale</li> <li>▪ Associazioni dei cittadini</li> </ul>
	<b>ALTO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fornitori</li> <li>▪ Testate giornalistiche nazionali (siti web)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OTAR</li> </ul>

Il contesto nel quale si muove il servizio, sia nell'area dell'accreditamento che della comunicazione, è stimolante e ricco di opportunità ma altrettanto complesso e fortemente critico. Il perno attorno al quale si snoda l'attività è il cittadino (utente/paziente) ed il soddisfacimento delle sue necessità ed aspettative nell'ottica della qualità, della sicurezza e del miglioramento continuo delle prestazioni, tenuto conto anche di tutti gli stakeholder che, a diverso titolo e grado, influenzano il servizio e le sue prestazioni.

La complessità deriva dal fatto che per sua natura un servizio sanitario è un sistema complesso articolato in molteplici elementi interrelati ed interagenti tra di loro, mentre la dinamicità e criticità deriva dalla continua necessità di riorganizzare e migliorare la qualità delle prestazioni per adeguarle a leggi, norme, regolamenti e standard determinati, a fronte di una progressiva riduzione delle risorse (soprattutto umane) dedicate a tali attività.

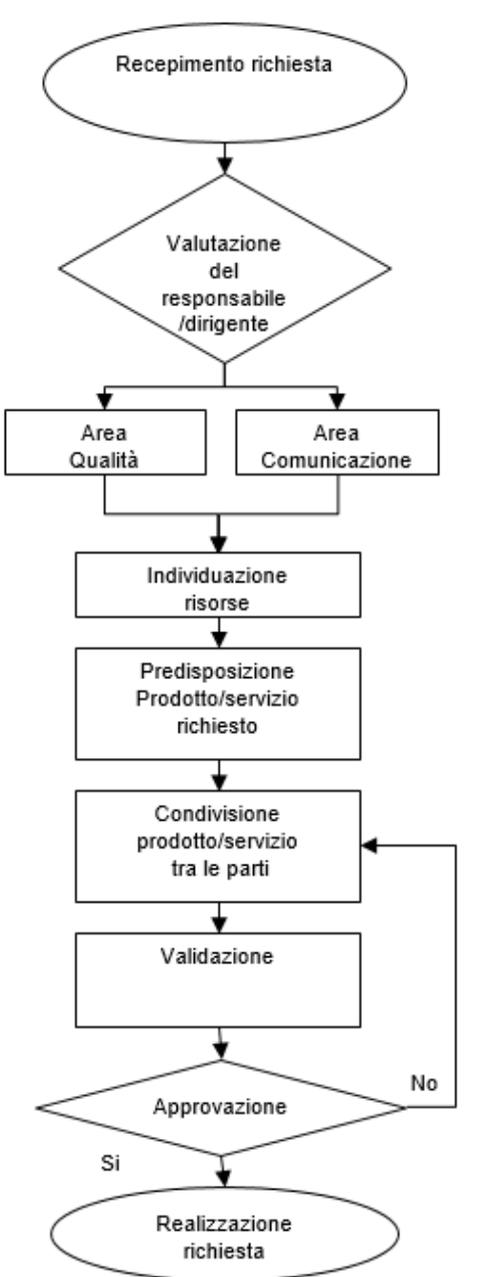
	<i>Standard di Servizio</i>	<i>SDS 01</i>
	<b>UO SVILUPPO QUALITÀ E COMUNICAZIONE</b>	REV: 01 Data 31/04/2022

<i><b>VISION AZIENDALE</b></i>	<i><b>MISSION STRUTTURA</b></i>
<b>AREA ACCREDITAMENTO E GESTIONE DEL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE</b>	
<b>Valutazione dei processi e degli esiti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno ad integrare gli indicatori dei sistemi di valutazione interna ed esterna della qualità nella pianificazione dei processi aziendali (negli standard di servizio dei servizi in accreditamento, negli obiettivi di Budget);</li> <li>- impegno a supportare progetti di miglioramento, con le metodologie del PDCA, a partire dall'analisi delle criticità e dei rischi identificati negli standard e nei registri delle non conformità</li> </ul>
<b>Sviluppo del sistema qualità per il conseguimento dell'Accreditamento istituzionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno alla definizione e attuazione di un cronoprogramma per il conseguimento dell'accREDITAMENTO istituzionale sviluppato in accordo con la direzione aziendale, redatto in base alle indicazioni degli uffici regionali di riferimento: OTAR (Organismo Tecnicamente Accreditante Regionale) e OAIA (Organismo Amministrativamente Accreditante Regionale);</li> <li>- impegno alla estensione della Rete Qualità a tutti i servizi soggetti ad accreditamento;</li> <li>- impegno a fornire supporto tecnico ai percorsi di accreditamento professionale o d'eccellenza approvati dalla Direzione Aziendale;</li> <li>- impegno per lo sviluppo di un progetto di digitalizzazione della gestione dei documenti del Sistema Qualità Aziendale e della pianificazione di Audit interni per la verifica e manutenzione del Sistema Qualità Aziendale e dei servizi;</li> <li>- impegno alla 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;</li> <li>- impegno a supportare la stesura o revisione di procedure generali (PGS, PGA) e PDTA aziendali, nonché a fornire orientamento metodologico alla stesura di procedure operative o istruzioni nei servizi;</li> <li>- impegno a sviluppare alle attività di monitoraggio dell'applicazione di procedure aziendali prioritarie;</li> <li>- impegno per la realizzazione di percorsi di formazione sul campo rivolti ai servizi ed agli staff, per sostenere lo sviluppo di un sistema di qualità aziendale conforme ai nuovi requisiti di accreditamento istituzionale</li> </ul>
<b>Miglioramento dell'Appropriatezza, Equità e Umanizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno a proporre obiettivi di appropriatezza, equità/tempestività e umanizzazione delle cure nel piano d'attività annuale-budget;</li> <li>- impegno a dare evidenza ai risultati ottenuti (festeggiamo il successo!!) diffondendoli pubblicamente ed organizzando eventi di comunicazione al pubblico e agli stakeholders;</li> </ul>
<b>Gestione integrata del rischio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno ad assumere l'approccio dell'analisi del rischio/opportunità come metodologia di riferimento negli "Standard di servizio" e nei sistemi di pianificazione del sistema qualità dei servizi in accreditamento;</li> <li>- impegno nella realizzazione di progetti formativi, per i team dei servizi in accreditamento, volti ad acquisire competenze sulla metodologia di analisi e gestione del rischio (Swot e Stakeholders analysis, FMEA/FMECA ecc..) in collaborazione con AFI Rischio clinico</li> </ul>

	<i>Standard di Servizio</i>	<i>SDS 01</i>
	<b>UO SVILUPPO QUALITÀ E COMUNICAZIONE</b>	REV: 01 Data 31/04/2022

<b>VISION AZIENDALE</b>	<b>MISSION STRUTTURA</b>
<b>AREA ACCREDITAMENTO E GESTIONE DEL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE</b>	
<b>Formazione</b>	<p>Diffusione delle conoscenze e sviluppo delle competenze su metodi e strumenti di gestione della qualità mediante inserimento nel Piano Formativo Annuale di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- corsi specifici sull'accreditamento istituzionale;</li> <li>- corsi di formazione per Auditor di Sistemi di Gestione per la Qualità aziendale;</li> <li>- corsi formazione-lavoro per sostenere lo sviluppo del sistema qualità;</li> <li>- eventi formativi tematici finalizzati alla diffusione, condivisione e confronto su argomenti inerenti alla qualità e la comunicazione;</li> <li>- altri percorsi formativi di norma "sul campo" per supportare progetti di miglioramento della qualità (es: definizione di PDTA; progetti di Audit clinico...)</li> </ul>
<b>AREA COMUNICAZIONE E URP</b>	
<b>Ascolto e interazione con il cittadino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno a raccogliere e promuovere l'analisi delle segnalazioni URP da parte delle direzioni delle macrostrutture interessate;</li> <li>- impegno alla progettazione, sviluppo e realizzazione di indagini di qualità percepita;</li> <li>- impegno a rafforzare la presenza dell'azienda sui social media.</li> </ul>
<b>Miglioramento della comunicazione interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno allo sviluppo e gestione dell'Intranet aziendale;</li> <li>- impegno a garantire una formazione mirata sulle tematiche della comunicazione.</li> </ul>
<b>Miglioramento dell'accoglienza e dell'umanizzazione delle strutture di ricovero</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno ad assicurare supporto per la comunicazione con i cittadini stranieri mediante interventi di mediazione culturale ed eventuale modulistica/ informative multilingue</li> <li>- impegno a sviluppare interventi di aggiornamento della segnaletica nelle principali strutture/ospedali</li> <li>- impegno a garantire una formazione mirata per lo sviluppo di soft skills nel personale addetto all'assistenza o ai front office</li> </ul>
<b>Promozione dell'Empowerment del cittadino e dei rapporti con le associazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno a censire ed ove opportuno coinvolgere le associazioni in azioni di comunicazione esterna dell'azienda;</li> <li>- impegno a supportare la redazione di guide su temi di salute, per la gestione di familiari e caregiver di importanti patologie croniche;</li> <li>- impegno a produrre materiali a supporto di progetti di promozione della salute e di orientamento nei servizi.</li> </ul>

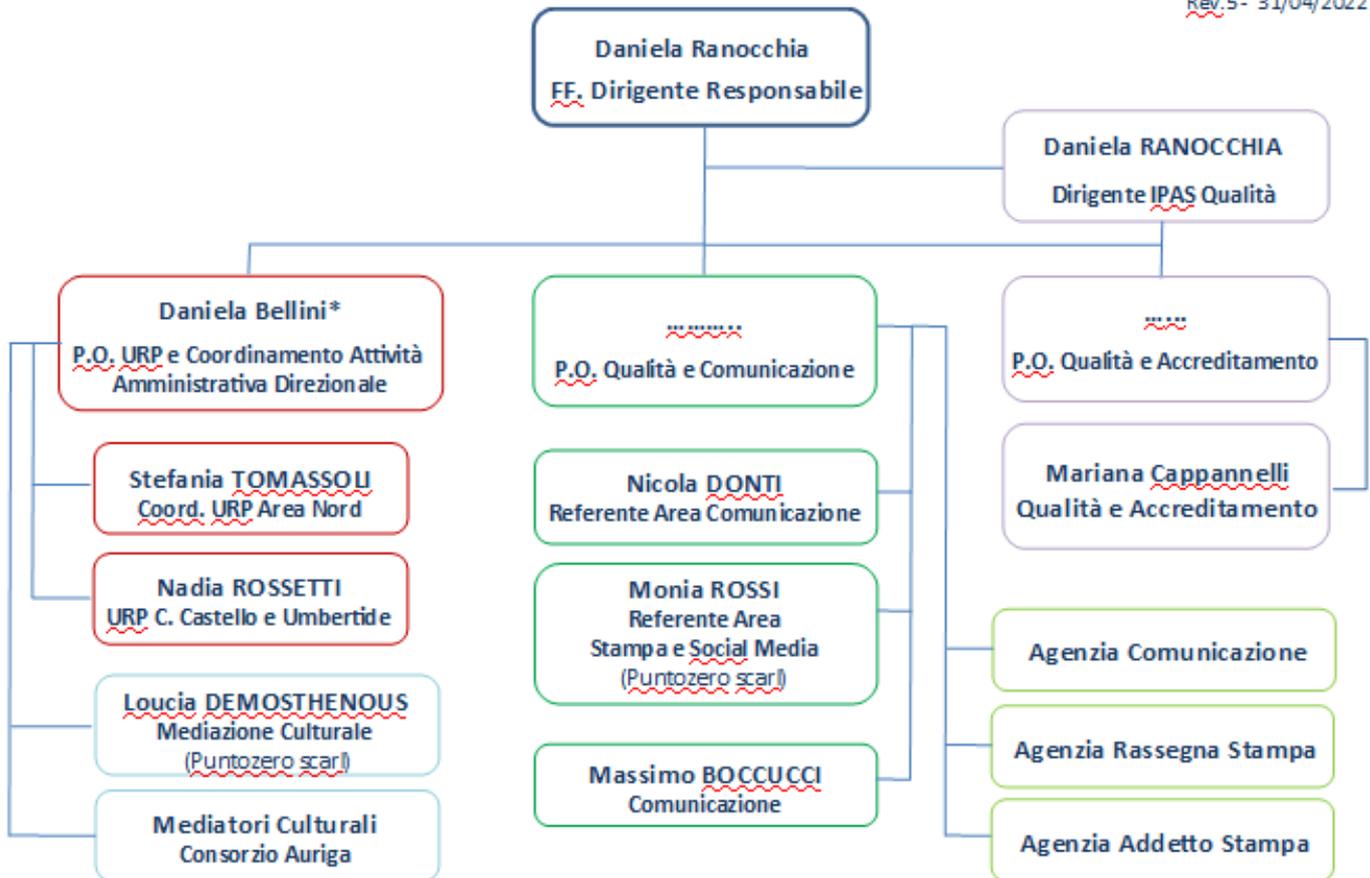
**Descrizione dei processi principali di erogazione del servizio**

FLOW CHART del PROCESSO		
<p><b>INPUT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mandato della direzione aziendale;</li> <li>- Richieste specifiche da parte di macrostrutture/servizi</li> <li>- Reclami di utenti/cittadini/dipendenti</li> <li>- Necessità di diffusione/condivisione di informazioni/comunicazioni di natura aziendale</li> </ul>	 <pre> graph TD     A([Recepimento richiesta]) --&gt; B{Valutazione del responsabile /dirigente}     B --&gt; C[Area Qualità]     B --&gt; D[Area Comunicazione]     C --&gt; E[Individuazione risorse]     D --&gt; E     E --&gt; F[Predisposizione Prodotto/servizio richiesto]     F --&gt; G[Condivisione prodotto/servizio tra le parti]     G --&gt; H[Validazione]     H --&gt; I{Approvazione}     I -- No --&gt; G     I -- Si --&gt; J([Realizzazione richiesta])         </pre>	<p><b>OUTPUT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PGA, PGS, PDTA</li> <li>- Moduli di registrazione</li> <li>- Pubblicazioni in Internet o Intranet</li> <li>- Materiali informativi cartacei o digitali o video e segnaletica informativa</li> <li>- Comunicati stampa, conferenze stampa e interviste, post in FB aziendale</li> <li>- Risposte ai reclamo;</li> <li>- Interventi di mediazione culturale</li> <li>- Corsi di formazione QC</li> <li>- Verbali di Audit;</li> <li>- Verbali di riunioni</li> </ul>
<p><b>Procedura/ Istruzione operativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PGS 01,02,03,04;</li> <li>- Testo unico di beni e servizi (fornitori)</li> <li>- MGQ</li> <li>- PGA 01 gestione reclami</li> </ul>		<p><b>Indicatori di processo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-% Audit di prima parte/ totale degli audit programmati;</li> <li>-% dei reclami gestiti/ totale dei reclami</li> </ul>
<p><b>Fasi operative/rischio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- debole mandato della regione alla direzione per l'accREDITAMENTO istituzionale;</li> <li>- scarsità di risorse umane ed economiche dedicate</li> <li>- grado di coinvolgimento e impegno dei responsabili dei servizi nello sviluppo delle azioni previste per l'accREDITAMENTO e per la comunicazione</li> </ul>		<p><b>Risorse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umane</li> <li>- Strumentali</li> <li>- Tecnologiche</li> <li>- Informatiche</li> </ul> <p><b>Miglioramento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adeguare i servizi in accREDITAMENTO agli standard regionali/nazionali</li> <li>- ridefinire la "rete della qualità" aziendale</li> </ul>
<p><b>Indicatori di esito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero dei servizi con check list dei requisiti regionali accred. compilata sul totale dei servizi aziendali</li> <li>- Numero di procedure e altri documenti SQ redatti o revisionati annualmente</li> <li>- Numero di comunicati stampa o conferenze stampa annuali</li> <li>- Tempistica di risposta ai reclami URP protocollati</li> <li>- Punteggio medio efficacia mediazione culturale</li> <li>- Numero di informazioni non aggiornate nel sito aziendale segnalate</li> </ul>		

## Pianificazione del Servizio

### Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione **ORGANIGRAMMA**

*Rev.5- 31/04/2022*



\* assegnata alla segreteria della direzione aziendale

## STANDARD DI QUALITÀ DEI PROCESSI

Obiettivo	Fattore critico (tipo Q)	Fonte dati	Frequenza rilevazione	Responsabile Rilevazione	Responsabile analisi risultati	Indicatore (formula)	Standard/ valore atteso	Risultati
Accreditamento nei servizi aziendali	Condizioni organizzative del servizio favorenti la compilazione della check list regionale (O)	Report dello staff Qualità	Annuale	IPAS Qualità	Responsabile del servizio	% di servizi che hanno compilato le check list dei requisiti regionali del nuovo RR (n.10 del 2018)		
Esecuzione di attività di Audit	Rispetto del piano di audit (O)	Report delle verifiche ispettive	Annuale	IPAS Qualità	Responsabile del servizio	% Audit di prima parte/ totale degli audit programmati		
Assicurare interventi di mediazione culturale adeguati	Individuazione di mediatori culturali appropriati all'intervento (P)	Schede di raccolta dati qualità interventi di mediazione culturale	Annuale	Coordinamento mediazione culturale	Responsabile del servizio	Punteggio medio di efficacia complessiva degli interventi di mediazione culturale		
Corretta e tempestiva gestione dei reclami	Capacità di risposte appropriate e tempestive ai reclami URP (O)	Reclami URP protocollati	Annuale	Coord URP area Nord	Responsabile del servizio	% dei reclami gestiti tempestivamente/ totale dei reclami		
Informazioni significative e tempestive nei media stampa e web	Raccolta di informazioni significative dai servizi (P)	Report dell'ufficio stampa	Annuale	Referente area Comunicazione e Referente area stampa e Social media	Responsabile del servizio	Numero di comunicati stampa o conferenze stampa o post in pagina FB pubblicati		
Informazioni corrette ed aggiornate nei social media	Raccolta di informazioni tempestive dai servizi (O)	Report del social media manager	Annuale	Responsabile del servizio	Responsabile del servizio	Numero di informazioni non aggiornate nel sito aziendale segnalate		

tipo qualità : O organizzativa, P professionale

#	<b>CARATTERISTICHE ULTERIORI</b>	<b>STANDARD OPERATIVI</b>
a	<i>Chiara e completa informazione su modalità di accesso alle strutture</i>	<i>Informazioni disponibili ed aggiornate nei canali di informazione esterna</i>
b	<i>Facilità di accesso per categorie protette</i>	<i>Adeguamento del sito Web alle norme AGID</i>
c	<i>Modalità operative definite per singolo processo</i>	<i>Procedure, linee guida, istruzioni operative, referenti, verifiche</i>
d	<i>Relazioni col pubblico</i>	<i>Gestione tempestiva dei reclami</i>

### **ELENCO DELLE PRESTAZIONI**

Vedi Allegato 1 allo standard di servizio dello Staff Qualità e comunicazione

## **RIFERIMENTI NORMATIVI, LINEE GUIDA:**

NORME/LEGGI	
1.	Intesa stato regioni "Disciplina sulla revisione della normativa dell'accreditamento" del 20.12.2012 <a href="http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/323-norme-e-regolamenti-su-accreditamento-istituzionale?download=2568:intesa-stato-regioni-2012">http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/323-norme-e-regolamenti-su-accreditamento-istituzionale?download=2568:intesa-stato-regioni-2012</a>
2.	Intesa stato regioni in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie del 19 febbraio 2015 <a href="http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/323-norme-e-regolamenti-su-accreditamento-istituzionale?download=2569:intesa-stato-regioni-2015">http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/323-norme-e-regolamenti-su-accreditamento-istituzionale?download=2569:intesa-stato-regioni-2015</a>
3.	Regolamento Regionale n.10 del 26 Settembre 2018 disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private <a href="https://www.regione.umbria.it/documents/18/16781502/RR+10_2018+ACCREDITAMENTO+STRUTTURE+SANITARIE/4f80c39f-cf39-431f-bea3-afbed0b1743d">https://www.regione.umbria.it/documents/18/16781502/RR+10_2018+ACCREDITAMENTO+STRUTTURE+SANITARIE/4f80c39f-cf39-431f-bea3-afbed0b1743d</a>
4.	Manuale del Sistema di gestione OTAR <a href="https://www.regione.umbria.it/documents/18/20265129/manuale+anticorruzione/6559a0c3-3443-4553-a401-c302c88d096d">https://www.regione.umbria.it/documents/18/20265129/manuale+anticorruzione/6559a0c3-3443-4553-a401-c302c88d096d</a>
5.	Requisiti essenziali di accreditamento <a href="https://www.regione.umbria.it/documents/18/20265129/det+direttoriale+requisiti+essenziali/0f0d2e9d-dd8b-4fef-ae31-f258feb0b394">https://www.regione.umbria.it/documents/18/20265129/det+direttoriale+requisiti+essenziali/0f0d2e9d-dd8b-4fef-ae31-f258feb0b394</a>
6.	D. Lgs del 14 marzo 2013 n.33 "Decreto Trasparenza" <a href="https://www.uslumbria1.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-generalis">https://www.uslumbria1.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-generalis</a>
7.	Applicazione del regolamento Europeo sulla privacy 697/2016 General Data Protection Regulation e del D.Lgs 101/2018 <a href="https://www.uslumbria1.it/pagine/privacy">https://www.uslumbria1.it/pagine/privacy</a>
8.	DPCM 11 Ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione e il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico" ed altri atti conseguenti in <a href="https://www.regione.umbria.it/salute/urp-e-aziende-sanitarie?p_p_id=101_INSTANCE_fLHII2Z9ae1H&amp;p_p_lifecycle=0&amp;p_p_state=normal&amp;p_p_mode=view&amp;p_p_col_id=column-2&amp;p_p_col_count=1&amp;p_r_p_564233524_categoryId=206528">https://www.regione.umbria.it/salute/urp-e-aziende-sanitarie?p_p_id=101_INSTANCE_fLHII2Z9ae1H&amp;p_p_lifecycle=0&amp;p_p_state=normal&amp;p_p_mode=view&amp;p_p_col_id=column-2&amp;p_p_col_count=1&amp;p_r_p_564233524_categoryId=206528</a>
9.	DPCM 19/05/1995 "Schema generale di riferimento per la carta dei servizi pubblici"
10.	L. n.150/2000 "Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni" <a href="http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00150l.htm">http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00150l.htm</a>
LINEE GUIDA	
1.	Normativa UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di gestione della qualità
2.	Normativa UNI UN ISO 19011:2018 Linee guida per gli AUDIT
3.	Linee guida per i siti Web della PA <a href="https://www.agid.gov.it/design-servizi/linee-guida-design-servizi-digitali-pa">https://www.agid.gov.it/design-servizi/linee-guida-design-servizi-digitali-pa</a>
4.	Linee Guida sull'accessibilità degli strumenti informatici <a href="https://docs.italia.it/AqID/documenti-in-consultazione/lq-accessibilita-docs/it/stabile/index.html">https://docs.italia.it/AqID/documenti-in-consultazione/lq-accessibilita-docs/it/stabile/index.html</a>