



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 COMMISSARIO STRAORDINARIO
n. 1587 del 19/12/2019

Proponente: STAFF Sviluppo Qualità e Comunicazione

Oggetto: Piano Comunicazione triennale dell'Azienda USL Umbria 1 con focus su Trasparenza e Anticorruzione e Piano Qualità - Anni 2019-2021

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv 18227 del 16/12/2019 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo – Dott.ssa Doriana SARNARI

il Parere del Direttore Sanitario – Dr. Silvio PASQUI

Hash .pdf (SHA256):

e3d5f0eccb3eb9a0c46101838cb584aad25959d95c3479cfef115556b91e2511

Hash .p7m (SHA256):

e22adf4e70e90f26fea230bb2f6d9315ee8571cb4f1640c1e1e85155c53677d0

Firme digitali apposte sulla proposta:

Silvio Pasqui, Manuela Pioppo, Stefano Piccardi, Doriana 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 COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Luca LAVAZZA)*

Oggetto: Piano Comunicazione triennale dell’Azienda USL Umbria 1 con focus su Trasparenza e Anticorruzione e Piano Qualità - Anni 2019-2021

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Tenuto conto che

La Delibera della Giunta Regionale n. 829 del 28/06/2019 avente come oggetto “Assegnazione obiettivi dei Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Regionali. Determinazioni.” indica tra gli altri l’obiettivo “Aggiornamento del Piano Comunicazione Aziendale con focus su trasparenza e anticorruzione”;

Considerato altresì che

Alla luce delle indicazioni fornite con la DGR sopra citata, questa Azienda ha provveduto a revisionare il Piano Qualità e il Piano Comunicazione Azienda USL Umbria 1 – Anni 2019-2021, già deliberato con atto n. 1640 del 19/12/2018, con particolare riferimento agli ambiti della trasparenza e della anticorruzione;

si propone di adottare la seguente delibera:

- recepire la Revisione n. 1 del Piano Comunicazione 2019-2021 dell’Azienda USL Umbria 1 e il Piano Qualità 2019-2021 allegati al presente atto, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- dare atto che la revisione n. 1 del Piano Comunicazione comprende specifici paragrafi sulle attività di Trasparenza e Anticorruzione;
- dare atto che il Piano Comunicazione comprende altresì il Regolamento per la gestione del Sito Web Istituzionale e la Social Media Policy;
- dare atto che da tale revisione sono esclusi gli allegati del Piano Qualità;
- dare atto che le risorse economiche citate nei Piani saranno previste con appositi atti deliberativi;
- trasmettere per il presente 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

L’istruttore

Dr. Stefano Piccardi
Incarico di funzione Qualità e Comunicazione

Il dirigente

Dr. Manuela Pioppo
Responsabile Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

PIANO COMUNICAZIONE 2019 – 2021



Revisione n. 2 del 16/12/2019

A cura dello Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

INDICE

- **Scopo del piano**
- **Il contesto di riferimento**
 - **L'Azienda USL Umbria 1**
 - **Documenti di riferimento**
 - **Destinatari delle azioni di comunicazione**
- **L'organizzazione della comunicazione aziendale**
- **Gli strumenti della comunicazione**
- **Le attività della prevenzione della corruzione e della trasparenza**
 - **Trasparenza**
 - **Anticorruzione**
- **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.

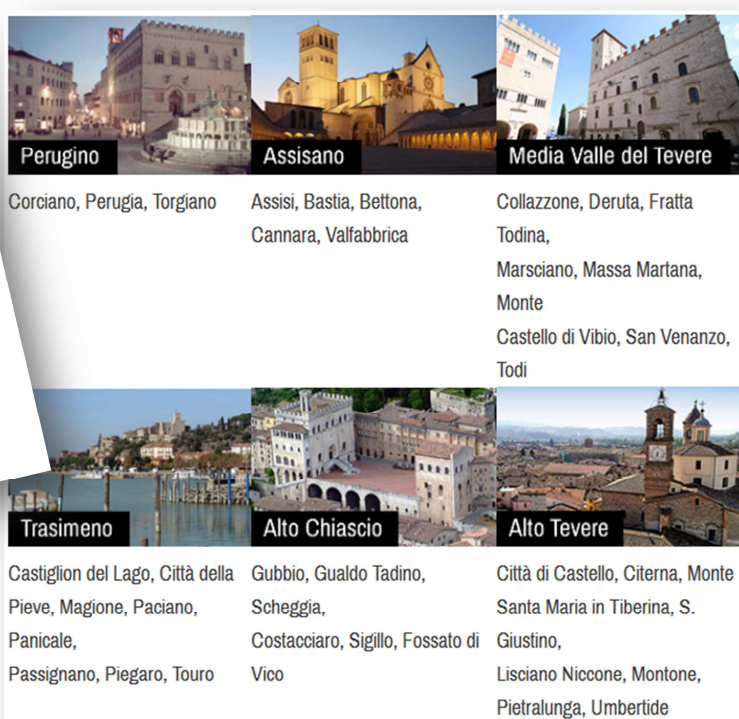
In linea con la Legge 150/2000 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" tutte le attività di informazione e di comunicazione svolte in modo istituzionale dall'Azienda sono ricomprese in modo coordinato ed integrato nel presente Piano di comunicazione. 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.126 del 31/01/2019) 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 2018, la popolazione residente risulta pari a 502.655 unità che rappresentano il 57% della popolazione umbra¹.



L'Azienda, nel corso del 2018, 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:](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
- Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione",
- D. Lgs. 33 del 20 aprile 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- D.Lgs. 97/2016 «Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012,
- DPR 62 del 2013, Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017 -2019, <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzion>

Destinatari delle azioni di comunicazione

I destinatari delle azioni di informazione e comunicazione previste dal presente piano sono:

- Cittadini
- Operatori, dipendenti o con altre forme contrattuali
- Associazioni (di tutela dei cittadini, di categoria, di volontariato, scientifiche)
- Istituzioni (Regione, Ministeri, ASL, Aziende Ospedaliere, Comuni, scuole, ecc.)
- Operatori economici e sociali
- Mass-media e uffici stampa

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA PER LA COMUNICAZIONE

Unità Operativa di Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

Lo Staff, diretto da un **Dirigente Medico Responsabile**, ha il mandato di supportare la Direzione Aziendale 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 connesse²:

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);
- ✓ 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.

Per assolvere alla gestione delle suddette attività, l'equipe 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
 - Agenzia per la rassegna stampa online

² Allegato 1 - Organigramma Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

Ufficio Relazioni con il Pubblico aziendale (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;
- ✓ Suggerimenti e proposte rivolte al responsabile di struttura, per l'eliminazione dei disservizi.

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

- **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: sia sull'andamento dei reclami, segnalazioni ed elogi, sia 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 offerti, 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 del 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 i Report URP Anno 2018 <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>. Da dicembre 2019 sono state avviate le indagini di customer satisfaction online, basate sulla metodologia già utilizzata in formato cartaceo e rivolto ai cittadini che hanno eseguito prestazioni di diagnostica per immagini e di gastroenterologia. Con tale modalità si ritiene di facilitare la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi offerti, in considerazione del fatto che i referti delle indagini diagnostiche vengono ritirate direttamente sulla pagina dedicata del sito istituzionale da oltre il 95% degli utenti.

▪ **Social media**

Il principale strumento social dell'Azienda è la pagina istituzionale Facebook attivata nel novembre 2019 www.facebook.com/uslumbria1/ al fine di favorire la partecipazione e il dialogo con i cittadini e gli altri stakeholder (nel primo mese di attività i followers sono 1900). L'altro importante strumento di condivisione social rimane **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, e nel corso del 2019 tutti i video sulle conferenze stampa aziendali e il video sulla nuova organizzazione delle AFT. Nel corso del 2019 è stata revisionata per la terza volta la **Social Media Policy aziendale⁴** 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*.

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

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

Da dicembre 2019, nell'ambito del sistema di gestione degli appuntamenti per le vaccinazioni coordinato con il NUS e destinato ai Centri di Salute del Perugino, è stata avviata una sperimentazione del servizio WhatsApp per il cambio appuntamento delle vaccinazioni. Tale servizio innovativo è attivo al Centro di salute di S. Sisto per poi essere eventualmente esteso agli altri servizi vaccinali. Il numero di telefono del servizio è +39.366.66.50.652.

▪ **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 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.

▪ **Ufficio stampa**

Da aprile 2019 le attività dell'Ufficio Stampa sono state assegnate alla agenzia TGC Eventi mediante gara ad evidenza pubblica. 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 online**

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.

▪ **Mediazione Culturale**

Rappresenta una funzione utile ad agevolare il processo di orientamento di cittadini

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

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 da un'agenzia esterna 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. Nel corso del 2019 sono state inviate 55 mail everyone.

▪ **Campagne informative e di promozione della salute**

In collaborazione con la U.O. Epidemiologia vengono fornite informazioni sulla salute della popolazione e sui risultati prodotti sulla salute dalle attività dei servizi sanitari. Queste informazioni contribuiscono alla definizione delle scelte aziendali di programmazione e gestione. Inoltre possono aiutare la popolazione e i suoi rappresentanti ad assumere scelte informate per migliorare la propria salute e per valutare e influenzare le decisioni in campo sanitario. Tale attività del servizio è tesa a:

- Garantire la sorveglianza sullo stato di salute e a mettere a disposizione della collettività le conoscenze ottenute.
- Garantire la verifica di eventuali situazioni di allarme per la salute pubblica e a mettere a disposizione della collettività i risultati della verifica.
- Concorrere a garantire la verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute della Azienda USL Umbria 1.

Un'ulteriore collaborazione viene svolta attraverso la RETE per la Promozione della Salute che comprende vari Servizi interni all'Azienda e Gruppi di Interesse appartenenti ai vari settori della società civile. La Rete coordina e sostiene interventi di promozione della salute che siano frutto il più possibile di una progettazione partecipata, in collaborazione con i servizi/strutture aziendali e con i soggetti esterni (Scuola, Enti Locali, Associazioni dei cittadini, ecc..) per

incrementare le possibilità di scelta dei cittadini verso stili di vita e politiche a favore della salute.

- **Comfort ambientale, informazioni e design**

Un altro importante obiettivo di comunicazione che l'azienda intende perseguire è quello di migliorare il comfort ambientale delle proprie strutture, avendo ben presente che il rapporto di fiducia legato all'affidarsi alle cure passa anche attraverso la percezione dei servizi sanitari come luoghi accoglienti e organizzati. Ambienti piacevoli e accoglienti predispongono positivamente non solo gli utenti ma anche il personale, facilitano l'orientamento, delineando percorsi e circoscrivendo gli spazi dell'attesa. In collaborazione con la U.O. Beni e Servizi, puntiamo a mantenere uniforme lo stile e i contenuti della cartellonistica attraverso il restyling della segnaletica interna ed esterna delle strutture dell'azienda.

LE ATTIVITÀ DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

TRASPARENZA

Gli obiettivi legati alla trasparenza sono contenuti nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019- 2021 approvato con Delibera del Direttore Generale n. 126 del 30/1/2019, pubblicata al seguente link: <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione>.

In virtù delle norme in tema di trasparenza (Decreto Legislativo n. 33/2013 e s. i m.), si introduce a tutti gli effetti un nuovo approccio alla relazione tra PA e cittadini, per cui la conoscibilità dei dati e dei documenti detenuti dall'amministrazione rappresenta un diritto per i cittadini che, attraverso l'effettiva disponibilità di tali dati, sono messi in grado di sviluppare nuova conoscenza, in un'ottica di partecipazione, collaborazione e controllo diffuso, per il continuo miglioramento dei servizi erogati dalla pubblica amministrazione.

Il livello di trasparenza è stato ulteriormente aumentato con il cosiddetto FOIA ("*freedom of information act*") ovvero "*diritto di accesso universale*") introdotto dal Decreto Legislativo n. 97/2016, attraverso cui i cittadini hanno diritto di conoscere tutti i dati e documenti in possesso della pubblica amministrazione, anche senza un interesse diretto ed anche se non sono oggetto di pubblicazione obbligatoria.

a) Obblighi di pubblicazione

Nella Sezione del sito denominata "*Amministrazione trasparente*" sono pubblicati, raggruppati secondo le indicazioni di legge, i documenti, le informazioni e i dati riguardanti l'organizzazione dell'amministrazione, le attività e le loro modalità di realizzazione.

Nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è indicata la rete dei Dirigenti/Referenti cui fa capo la responsabilità della correttezza, della tempestività e dell'aggiornamento delle informazioni pubblicate (check-list rispondente al modello dell'allegato 2 della Delibera n. 126 del 30/1/2019).

Il Responsabile Trasparenza (nominato con Delibera n. 517 del 27.6.2013) effettua un monitoraggio costante sui contenuti pubblicati nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet istituzionale e, semestralmente, effettua le verifiche sulle pubblicazioni dei dati ad opera delle Società partecipate sui relativi siti.

Il monitoraggio viene effettuato anche con riferimento al trattamento dei dati personali, in conformità a quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 101 del 10/8/2018 (vedi successivo punto c)).

Da ricordare che recentemente l'ANAC, con Delibera n. 586 del 26/6/2019, ha dato disposizioni in merito alle pubblicazioni previste dall'art. 14 del D. L.vo n. 33/2013 alla luce di quanto statuito dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019 (dette pubblicazioni erano state sospese con Delibera ANAC n. 382 del 12/4/2017, a seguito della proposizione della questione di legittimità costituzionale).

L'ANAC ha riammesso l'obbligo di pubblicazione per i compensi di qualsiasi natura che siano "connessi all'assunzione della carica nonché per le spese relative ai viaggi di servizio e alle missioni pagate con fondi pubblici" dei Dirigenti.

Non così, però, per gli altri dati relativi ai redditi e al patrimonio personali - la cui pubblicazione era imposta, in precedenza, senza alcuna distinzione, per tutti i titolari di incarichi dirigenziali - e che ora è prevista per i soli incarichi politici.

A seguito di quanto sopra, sono state date disposizioni agli Uffici competenti di allinearsi a quanto statuito dall'ANAC.

b) Accesso

L'entrata in vigore del D.Lvo 25.05.2016 n. 97 che ha introdotto il FOIA (*Freedom of Information Act*), detto "accesso civico generalizzato", ha comportato l'esigenza di revisionare ed integrare il regolamento in materia del diritto di accesso già esistente, che prendeva in esame il solo diritto d'accesso di cui alla legge 241/90 ("accesso documentale").

Il nuovo Regolamento (che ha disciplinato tutti e tre i tipi di accesso: "accesso documentale", "accesso civico" e "accesso civico generalizzato") è stato adottato con Delibera n. 1303 del 09/10/2017 ed è stato pubblicato nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del Sito aziendale, unitamente alla relativa Modulistica (al seguente link <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/accesso-civico>), che ha semplificato e chiarito maggiormente agli utenti le azioni da intraprendere.

In adempimento di quanto previsto dalla vigente normativa il Responsabile della Trasparenza effettua un costante monitoraggio delle richieste di accesso pervenute, prestando la propria attività di consulenza giuridica ai Servizi coinvolti, anche con riferimento al trattamento dei dati personali, in conformità a quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 101 del 10/8/2018.

Inoltre, nell'ambito dell'attività di monitoraggio, il Responsabile della Trasparenza predispone il registro degli accessi, che viene pubblicato nel sito aziendale - Sezione trasparenza- accesso civico e documentale, in ottemperanza alla Circolare N. 2/2017 del Ministro per la Semplificazione e alla Pubblica amministrazione.

c) Rapporti tra RPCT e RDP a seguito del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 101 del 10/8/2018

In ottemperanza al Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati personali n. 679/2016, entrato in vigore il 25/5/2018, è stato nominato il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali. L'Azienda, consapevole della raccomandazione del Garante Privacy volta ad evitare che il RPD coincida con il RPCT, ha orientato comunque la sua scelta verso una professionalità interna, che fosse in possesso del livello di conoscenza specialistica e delle competenze richieste dall'art. 37, par. 5, del RGPD e che non si trovasse in situazioni di conflitto di interesse con la posizione da ricoprire ed i compiti e le funzioni da espletare. Ciò anche al fine di contenere i costi aziendali.

Il RPD collabora strettamente con il Responsabile della Trasparenza fornendo il proprio supporto, sia in merito alle richieste di accesso civico generalizzato, qualora le stesse riguardino profili attinenti alla protezione dei dati personali, sia in merito a problematiche legate agli obblighi di pubblicazione, in applicazione di quanto previsto dall'art. 7 bis, co. 4, del D. L.vo 33/2013 il quale dispone che *«Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione»*.

ANTICORRUZIONE

Considerata la complessità aziendale, la Direzione ha mantenuto la distinzione tra Responsabile della Prevenzione della Corruzione (nominato per la prima volta con Delibera n. 717 del 17/09/2013) e Responsabile della Trasparenza (nominato con Delibera n. 517 del 27/06/2013) individuati rispettivamente nell'Ing. Tullio Tavernelli e nell'Avv. Giulia Silvestri, dalla cui collaborazione scaturisce la redazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Scopo del piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza

I Piani adottati in questi anni, dal 2013 in avanti, si sono prefissati di esaminare i processi e le attività svolte dall'Azienda, valutarne i rischi ai fini della prevenzione della corruzione per

determinare la scala di priorità e le modalità di intervento per eliminare/ridurre gli stessi. E' un percorso, che come prevedono gli stessi Piani Nazionali Anticorruzione, costituito da step successivi che partono dal riesame di quanto fatto per svilupparlo e migliorarlo ed in caso di necessità cambiarlo; rappresentano un punto di riferimento e lo stimolo di un continuo miglioramento, ma non certo un traguardo.

Il PTPCT è uno strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un "processo"- articolato in più fasi tra loro collegate per formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e dar conto del proprio operato ai cittadini. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Tutto questo deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione. Questo implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischio e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

I Piani nazionali e quelli aziendali stanno accompagnando l'evoluzione organizzativa dell'Ente, costituitosi il 1° gennaio 2013 e sono integrati dai regolamenti che disciplinano il rapporto dell'Azienda sia con i propri dipendenti, che con i soggetti esterni che a qualsiasi titolo collaborano con la stessa.

L'Azienda USL Umbria 1 nel predisporre i Piani ha tenuto ben presente la propria missione: garantire il diritto fondamentale alla salute dei cittadini in ottemperanza all' Art. 32 della Costituzione italiana, che non consente in alcun caso il rallentamento delle attività.

Le misure sono state elaborate nel rispetto dell'organizzazione aziendale e dei vincoli di bilancio per permettere la loro effettiva realizzazione nei tempi e nelle modalità previste. Nelle note vincolanti per gli obiettivi di Budget 2019 e per quelli del 2020, è stato e sarà inserito il rispetto del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Il mancato raggiungimento di detto obiettivo da luogo a penalizzazioni legate alla valutazione di risultato.

Modalità di diffusione del piano

I Piani Aziendali anticorruzione, come da linee guida ANAC, sono pubblicati all'interno del sito web istituzionale, nell'albero della Amministrazione Trasparente, nella sezione "altri contenuti", "Prevenzione della Corruzione", nonché nella sezione "Disposizioni Generali" e dell'avvenuta pubblicazione ne viene data comunicazione alla Regione Umbria, alla Prefettura territorialmente competente, al Collegio Sindacale e al Nucleo di Valutazione Aziendale.

Un altro strumento di diffusione dei contenuti del Piano è stato lo svolgimento di specifici corsi di formazione, dal titolo "Diritti e doveri del Dipendente". Nel 2018 si sono svolte 6 edizioni del corso

mentre nel 2019 sono state quattro, tutte destinate al personale dipendente. Tra gli argomenti trattati, tra l'altro, sono state affrontate e discusse *questioni* di Prevenzione della Corruzione, sia in termini generali che specifici perché calati sulla realtà aziendale. Nel 2018 sono stati formati circa 600 soggetti e alle 4 edizioni 2019, circa n 220 soggetti.

Considerata la forte affluenza, la partecipazione attiva del personale e la significatività degli argomenti trattati, è intenzione dell'Azienda riproporre il corso nei futuri Piani Annuali della Formazione.

Al fine di diffondere la cultura di prevenzione della corruzione, il RPCA sta incontrando singolarmente le articolazioni aziendali, macrostrutture o unità operative allo scopo di porre particolare attenzione sulla prevenzione della corruzione. In virtù dell'assegnazione di uno specifico obiettivo di budget alle macrostrutture aziendali, il RPCA ha incontrato i Direttori di Dipartimento ospedaliero, principali ordinatori di spesa e di rappresentazione dei fabbisogni aziendali. Gli incontri sono pensati con il preciso scopo di diffondere la conoscenza delle azioni inserite nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione nonché la individuazione degli indicatori per conseguire l'obiettivo "Promuovere cultura e prassi in materia di prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni".

Il codice di comportamento aziendale

Il Codice di comportamento dell'Azienda USL Umbria 1, è adottato in adempimento di quanto disposto nel D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165", d'ora in avanti "Codice generale".

Il Codice è conforme altresì alle linee guida espresse da ANAc del 20 settembre 2016, recepita con determina 35/2017 e integra e completa quanto previsto dal "Codice generale", dai "Manifesti di Responsabilità Disciplinare del Personale del Comparto e del Personale della Dirigenza", dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dal Piano Risk Management vigente e aggiornato nel periodo, nonché da tutti i Regolamenti e Procedure adottate dall'Azienda per disciplinare i comportamenti dei dipendenti/collaboratori aventi rilevanza nei rapporti con l'Azienda e dal "Testo unico sul Pubblico impiego".

L'adozione del codice di comportamento rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello aziendale, secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione.

Il "Codice" è stato predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione in collaborazione con le Unità Operative "Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri", "Risorse Umane Trattamento Giuridico Personale Dipendente" e "Risorse Umane Trattamento Economico Personale Dipendente - Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate", e partecipato ai Responsabili degli "Uffici dei Procedimenti Disciplinari" ed ai Dirigenti individuati come Referenti nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione per eventuali suggerimenti ed integrazioni. Completata questa prima parte di iter la bozza del Codice

unitamente alla relazione illustrativa è stata inviata al Nucleo di Valutazione Aziendale per l'espressione del parere obbligatorio ed è rimasta pubblicata per 30 giorni sul sito istituzionale, affinché tutti i portatori di interesse (stakeholders) quali, ad esempio, associazioni di utenti, ambientali, culturali, professionali, organizzazioni sindacali, imprese, enti e/o altre istituzioni, etc potessero far pervenire eventuali proposte ed osservazioni, mediante l'apposito modulo predisposto e pubblicato.

Il documento finale, è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 541 del 10/04/2019 e pubblicato nel sito aziendale assieme alla relazione illustrativa, nelle medesime sezioni dell'Albero della Trasparenza dove sono pubblicati i Piani Aziendali per la prevenzione della corruzione.

Modalità di diffusione del codice di comportamento

Il Codice di Comportamento è pubblicato all'interno del sito web istituzionale, nell'albero della Amministrazione Trasparente, nella sezione "altri contenuti", "Prevenzione della Corruzione", nonché nella sezione "Disposizioni Generali" e dell'avvenuta pubblicazione ne viene data comunicazione a tutti i dipendenti mediante la mail aziendale.

Durante i già citati corsi di formazione "Diritti e doveri del Dipendente" è stato illustrato anche il contenuto del Codice di Comportamento e anticipate le azioni necessarie per il suo aggiornamento che si sono di fatto concretizzate ad aprile 2019.

Conclusioni

In ambito sanitario, dove unitamente alle attività amministrative insiste per propria natura l'erogazione di prestazioni sanitarie, l'accezione "corruzione" comunque intesa, qualora riscontrata, oltre a suscitare maggior impatto mediatico, costituisce l'aberrazione più ampia di tale termine proprio perché connessa a problematiche legate alla salute.

L'Azienda Usl Umbria 1, è convinta che non esista il sistema di prevenzione perfetto, in grado di azzerare il rischio, anche se si disponesse di strumenti di valutazione totalmente affidabili e misure di prevenzione efficaci e attuabili al 100%, ritenendo che il controllo totale delle persone e dei processi finirebbe per mortificare le persone e l'organizzazione.

L'Azienda Usl Umbria 1, quale entità giuridica che opera, per immedesimazione organica, attraverso gli operatori tutti, si rivolge ad essi fornendo gli strumenti, documentali o formativi, adeguati a prevenire fenomeni corruttivi e che richiama al costante rispetto delle norme deontologiche di ciascuno, ovvero all'insieme dei valori, dei principi, delle regole e delle consuetudini che ogni gruppo professionale si dà e deve osservare, ed alle quali ispirarsi nell'esercizio della professione.

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 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 • Implementare la segnaletica per ipovedenti nelle strutture

	<p>dell'azienda;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/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).

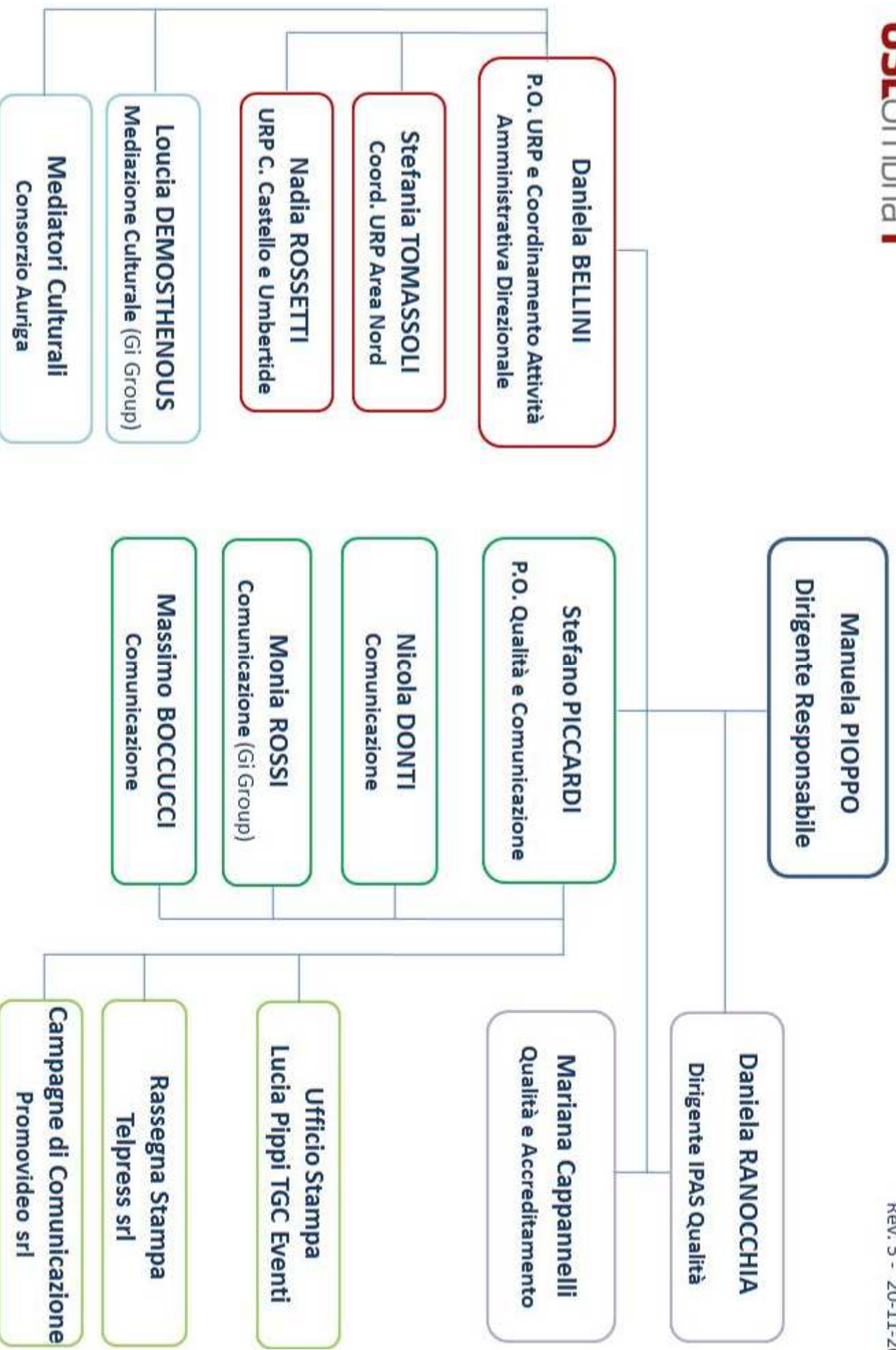
Come tutti i documenti del SGQ, questo Piano triennale, una volta approvato ed emesso sarà pubblicato nel sito aziendale al link <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/atti-e-documenti-000>, in modo che ciascun operatore possa prenderne visione in qualsiasi momento.

ALLEGATI

Allegato 1 – Organigramma Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione – rev. 5

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

Allegato 3 – Social Media Policy – rev. 2



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

A cura dello Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

Revisione n.2 del 20/11/2019

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 in cui la USL Umbria 1 è attiva sono:

- ✓ Facebook, con la pagina istituzionale <https://www.facebook.com/uslumbria1> . Abbiamo scelto Facebook perché "è la pagina iniziale per milioni di italiani che si informano sul web, il motore di ricerca più usato dai cittadini, la piattaforma privata che raccoglie le informazioni più dettagliate su esigenze e opinioni degli italiani"(4). Considerata la complessa articolazione della nostra azienda e sulla base delle esperienze avviate negli ultimi anni, sono attive anche delle pagine tematiche, legate a quattro ambiti di attività:
 - Disturbi del comportamento alimentare <https://www.facebook.com/DCAuslUmbria1/>
 - Promozione della salute e stili di vita <https://www.facebook.com/dottoressa.ermania.battista/>
 - Disinfestazione <https://www.facebook.com/Portale-Disinfestazione-1013288462029374/>
 - Formazione in emergenza urgenza <https://www.facebook.com/uslumbria1emergenza/>
- ✓ Youtube, con il canale istituzionale <https://www.youtube.com/user/AUSL2> che 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*.

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, dagli operatori della UO che si occupano di comunicazione web e dai membri del Social Media Team dell'Agenzia di Ufficio Stampa. Il CdR assicura le seguenti funzioni:

- ✓ Stabilisce il piano editoriale aziendale per l'adeguata presenza sui social media;
- ✓ 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

La pagina Facebook istituzionale viene gestita da un Social media team appositamente individuato dalla Direzione Aziendale e composto da una Social Media Manager e due membri dell'Agenzia di Ufficio Stampa TGC Eventi e un referente aziendale individuato nella P.O. Qualità e Comunicazione. La pagina viene presidiata in maniera continuativa 7 giorni su 7.

Le pagine Facebook tematiche vengono gestite e presidiate dagli amministratori appositamente individuati, ogni giorno dalle 9 alle 19. Gli amministratori delle pagine sono responsabili dei contenuti pubblicati. Il Comitato di Redazione social 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.

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

Pubblicando un commento o altro materiale sugli spazi della 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
- ✓ Campagne di prevenzione e promozione della salute
- ✓ Accesso ai servizi pubblici e loro funzionamento
- ✓ Azioni di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini
- ✓ Promozione di incontri ed eventi
- ✓ Messaggi di pubblico interesse di altre istituzioni (ad es. ISS, Ministeri, Regione, ecc.)
- ✓ Aggiornamenti in caso di emergenze o disservizi

2.5 Privacy

Il trattamento dei dati personali 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".

- **Salvaguardare l'immagine dell'Azienda**

Ogni dipendente deve evitare di diffondere informazioni, commenti o immagini, volutamente atti a ledere l'immagine o l'onorabilità di cittadini, di colleghi, superiori gerarchici o dell'amministrazione in generale (9).

- **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 dipendente o un altro soggetto autorizzato dall'Azienda, accede ad un social media con account istituzionale e attraverso di esso agisce in nome e per conto della USL Umbria 1.

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 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

Eventuali suggerimenti e segnalazioni possono essere inviati al Referente aziendale social:
Stefano Piccardi - Tel. 0755412622 - mail 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.541 del 10/04/2019, 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

PIANO QUALITÀ 2019-2021



Revisione n. 2 del 16/12/2019

A cura dello Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

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:

Allegato 1- Organigramma staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

Allegato 2- Rete Qualità – funzioni

Allegato 3 - Valutazione dei processi e degli esiti

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

¹⁷ Operatoriformati 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

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

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.

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. Accreditalamento Istituzionale

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

Il sistema di Accreditalamento Istituzionale della Regione dell'Umbria   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 novit  significative:

- **nuovi requisiti** di accreditalamento, **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'accreditalamento:
 - a) le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche sono tenute ad attivare la procedura di Accreditalamento Istituzionale entro 90 gg dal rilascio di ogni nuova autorizzazione all'esercizio
 - c) per l'accreditalamento 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 Unit  Operative/Articolazioni Organizzative interessate;
 - audit di accreditalamento 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 Unit  Operative/Articolazioni Organizzative interessate.
 - d) l'Accreditalamento Istituzionale   soggetto a verifica triennale di mantenimento, previa presentazione di apposita istanza da parte del titolare della struttura accreditalata.

Pertanto per il triennio 2019-2021 la pianificazione dell'accreditalamento istituzionale (fatti salvi i tempi di istituzione dell'OTAR - Organismo Tecnicamente Accreditalante 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 Unit  Operative/Articolazioni Organizzative interessate.

Un quadro complessivo del numero e della complessa articolazione dei servizi accreditalabili si desume dalla articolazione dei Centri di responsabilit  aziendali descritta nelle Linee guida al budget²⁵.

Nel 2017 i centri di responsabilit  coinvolti nella verifica della rispondenza ai requisiti di accreditalamento in toto sono 150, di cui 61 ospedalieri, 57 distrettuali, 8 del

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>

Dipartimento Salute Mentale, oltre a 22 servizi di staff e di area centrale ed 8 strutture complesse nel Dipartimento di Prevenzione. I

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 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 primo luogo in linee d’intervento che coinvolgono 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.

In secondo luogo nel processo di accreditamento, proprio assumendo l’approccio dell’analisi dei rischi/opportunità, è stato individuato come principale documento di pianificazione del sistema qualità dei servizi lo strumento “Standard di servizio”, nel quale sono descritte le regole per affrontare rischi e opportunità, al fine di raggiungere gli obiettivi definiti nella politica delle strutture in coerenza con il mandato aziendale ad esse attribuito.

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)
- **la formazione del personale** (nel Piano Formativo Annuale per i corsi pianificati dallo staff SQC o dai Dipartimenti/Distretti per lo sviluppo del Sistema Qualità)
- la digitalizzazione della gestione dei documenti del sistema qualità aziendale

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](#)