

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

PIANO TRIENNALE DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’ 2026-2028

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

Sommario

1. ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	3
2. PREMESSA	3
3. SCOPO	4
4. CAMPO DI APPLICAZIONE	5
5. GOVERNANCE E RESPONSABILITA' GENERALI DEL PIANO	5
6. METODOLOGIA.....	6
7. ANALISI E VALUTAZIONE DEL PMQ 2025.....	8
7.1 Stato di attuazione degli Obiettivi del PMQ 2025.....	10
7.2 Analisi dei Risultati 2025	11
7.3 Conclusioni.....	13
8. INDIRIZZI STRATEGICI PER IL TRIENNIO 2026-2028	15
8.1 Obiettivi, Azioni di Miglioramento e Target per il triennio 2026-2028	16
8.2 Integrazione PMQ 2026-2028 con Piani di Gestione Annuali Aziendali	19
9. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	21
10. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	22

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

1. ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

ASL: Azienda Sanitaria Locale

DM: Decreto Ministeriale

GdL: Gruppo di Lavoro

GLAQ: Gruppo di Lavoro Aziendale per la Qualità

PDCA: Plan – Do – Check - Act

PIAO: Piano Integrativo di Attività e Organizzazione

PMQ: Piano di Miglioramento della Qualità

PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

SWOT: Strengths Weaknesses Opportunities Threats

UO.: Unità Operativa

UOC: Unità Operativa Complessa

UOSD: Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale

UU.OO.: Unità Operative

2. PREMESSA

Il Piano di Miglioramento della Qualità rappresenta lo strumento attraverso cui l’Azienda definisce obiettivi, azioni e modalità operative finalizzate al miglioramento continuo della qualità dei bisogni della persona assistita e della comunità.

La Qualità costituisce elemento strategico della mission e della programmazione aziendale ed è orientata a garantire efficacia, sicurezza, appropriatezza, equità, tempestività, efficienza delle attività e delle prestazioni, ponendo al centro i bisogni della persona assistita e della comunità.

Il Piano è elaborato in coerenza e integrazione con gli strumenti di programmazione aziendale ed in particolare con:

- **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);**
- **Piano Annuale del Rischio Sanitario.**

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--



Fig.1 Ciclo di Deming

Il presente Piano adotta il modello di miglioramento continuo basato sul ciclo PDCA - Plan-Do-Check-Act – e si pone in continuità con il Piano di Miglioramento della Qualità 2025. Esso definisce gli indirizzi strategici e gli obiettivi di miglioramento per il triennio 2026-2028, da aggiornare annualmente sulla base degli esiti del monitoraggio, delle priorità aziendali e dell'evoluzione del contesto organizzativo e normativo.

3. SCOPO

Il Piano di Miglioramento della Qualità ha lo scopo di definire, per il triennio 2026-2028, gli indirizzi strategici e gli obiettivi finalizzati al consolidamento e allo sviluppo del Sistema Qualità dell'ASL Brindisi.

In particolare, il Piano è finalizzato a:

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

- Promuovere il miglioramento continuo della qualità dei processi assistenziali, organizzativi e amministrativi;
- Supportare e coordinare i percorsi aziendali di accreditamento istituzionale;
- Consolidare e rendere operativa la Rete Aziendale della Qualità;
- Promuovere la progressiva standardizzazione dei processi organizzativi e della documentazione aziendale attraverso l'adozione di modelli e strumenti condivisi, nel rispetto delle specificità delle strutture aziendali;
- Promuovere l'integrazione tra il Sistema Qualità, la sicurezza delle cure, la gestione del rischio clinico e la performance aziendale;
- Diffondere la cultura della qualità attraverso la formazione, la comunicazione e il coinvolgimento degli operatori;
- Sviluppare sistemi di monitoraggio e valutazione basati su indicatori misurabili, al fine di verificare i risultati conseguiti e orientare le successive azioni di miglioramento.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano si applica a tutte le articolazioni organizzative dell'ASL Brindisi.

Le azioni previste dal Piano coinvolgono, secondo le rispettive competenze e responsabilità, le Direzioni, i Responsabili delle strutture, i professionisti e gli operatori aziendali interessati ai processi di miglioramento della qualità, come declinati nella Matrice delle Responsabilità di cui al paragrafo 9 del presente documento.

5. GOVERNANCE E RESPONSABILITA' GENERALI DEL PIANO

La governance del Piano, in coerenza con il Piano aziendale della Performance, integrato al P.I.A.O. aziendale, è assicurata dalla Direzione Strategica, che ne individua gli indirizzi e ne sostiene l'attuazione per il tramite dell'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità, cui compete il coordinamento operativo, il monitoraggio delle azioni e la predisposizione del riesame periodico.

Il predetto Ufficio si avvale del Gruppo di Lavoro Aziendale per la Qualità per l'attuazione del Piano e per il raccordo tra le diverse articolazioni organizzative.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

I Direttori/Responsabili delle strutture aziendali (UOC/UOSD) e gli Incaricati di Funzione delle medesime articolazioni aziendali assicurano, per gli ambiti di rispettiva competenza, l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano e, a tal fine, individuano i Facilitatori della Qualità. i quali, su indicazione dei suddetti Responsabili, collaborano:

- alla diffusione degli strumenti aziendali;
- alla raccolta dei dati;
- all'autovalutazione attraverso check-list e griglie di accreditamento;
- all'attuazione delle iniziative di miglioramento nelle strutture di appartenenza;
- alla trasmissione all'Ufficio Accreditamento e Qualità (accreditamento.qualita@asl.brindisi.it) delle evidenze necessarie al monitoraggio degli indicatori e di tutta la documentazione utile al raggiungimento degli obiettivi.

I Facilitatori della Qualità, unitamente ai componenti del GLAQ e all'Ufficio Accreditamento e Qualità costituiscono la Rete aziendale per la Qualità.

6. METODOLOGIA

La valutazione dello stato di attuazione del PMQ è effettuata dall'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità sulla base:

- degli obiettivi strategici ed operativi previsti dal Piano;
- della documentazione e delle evidenze disponibili;
- delle risultanze delle attività svolte dalle strutture aziendali;
- dello stato di avanzamento dei procedimenti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento;
- delle attività organizzative e formative avviate.

La valutazione è condotta secondo la metodologia del miglioramento continuo basata sul ciclo PDCA:

- nella fase **Plan** sono stati riesaminati gli obiettivi, le attività e le scadenze previste dal PMQ dell'anno precedente;
- nella fase **Do** è verificata l'effettiva realizzazione delle attività programmate;
- nella fase **Check** sono analizzati i risultati conseguiti, gli scostamenti rispetto alla programmazione e le relative cause;
- la fase **Act** individua le azioni correttive;

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

- la successiva fase **Plan** è sviluppata tenendo conto delle fasi precedenti e delinea il PMQ del triennio successivo.

Annualmente è previsto un monitoraggio intermedio per la verifica degli obiettivi e l'eventuale individuazione di azioni di miglioramento.

Il riesame, di competenza dell'Ufficio Accreditamento e Qualità, con il supporto del GLAQ, può determinare:

- la conferma degli obiettivi e dei target programmati;
- la modifica delle azioni o delle tempistiche;
- l'aggiornamento degli indicatori;
- la ridefinizione dei target relativi alle annualità successive;
- l'introduzione di nuove azioni di miglioramento;
- la sospensione di attività non più coerenti con le priorità aziendali.

Le eventuali modifiche conseguenti al riesame sono formalizzate nell'aggiornamento annuale del Piano, sottoposte all'approvazione della Direzione Strategica e successivamente diffuse secondo la lista di distribuzione del presente piano. Il processo di monitoraggio, valutazione e riesame assicura la continuità del ciclo **PDCA** e consente di utilizzare i risultati conseguiti come base per la successiva programmazione delle attività di miglioramento.

Ai fini della valutazione, lo stato delle attività è classificato come segue:

- **Completato:** attività integralmente realizzata entro il periodo di riferimento;
- **Parzialmente completato:** attività avviata e realizzata solo in parte;
- **In corso:** attività avviata ma non conclusa alla data della valutazione;
- **Non avviato:** attività per la quale non risultano evidenze di attuazione.

Il monitoraggio del Piano di Miglioramento della Qualità è finalizzato a verificare la coerenza tra gli obiettivi programmati e le attività effettivamente realizzate, nonché a misurare il grado di raggiungimento dei target definiti per ciascuna annualità. Il monitoraggio comprende la verifica qualitativa dei risultati conseguiti e l'analisi delle criticità riscontrate e dei fattori che hanno favorito o limitato il raggiungimento degli obiettivi programmati.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

Il processo di monitoraggio è coordinato dall'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità, con la collaborazione del GLAQ, dei Facilitatori della Qualità e con il coinvolgimento delle strutture responsabili delle singole azioni e delle ulteriori articolazioni aziendali interessate.

Le strutture responsabili assicurano, per gli ambiti di rispettiva competenza, la raccolta, la conservazione e la trasmissione delle evidenze necessarie alla misurazione degli indicatori. I dati sono trasmessi all'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità che ne curerà l'elaborazione.

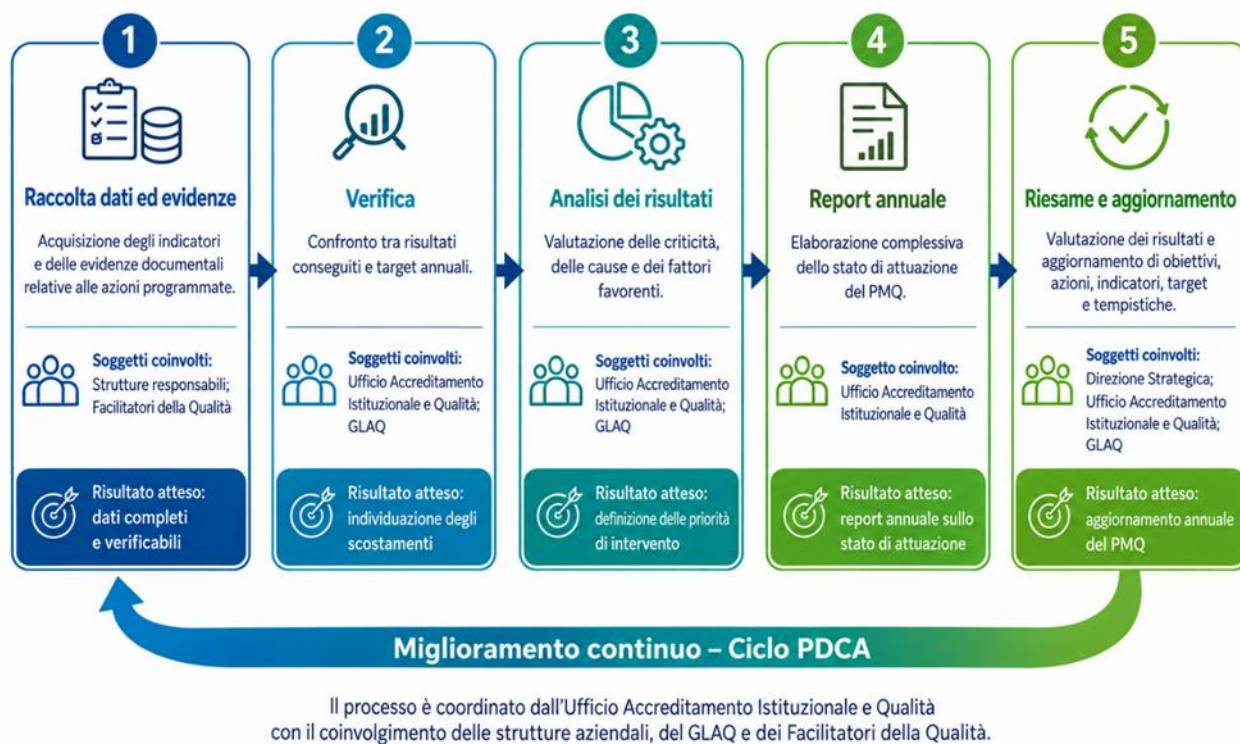


Fig.2 Sintesi del processo annuale di monitoraggio, valutazione e riesame del Piano di Miglioramento della Qualità.

7. ANALISI E VALUTAZIONE DEL PMQ 2025

L'anno 2025 ha rappresentato la fase iniziale di costruzione e implementazione del Sistema Qualità dell'ASL Brindisi, successivamente all'istituzione, presso la Direzione Sanitaria Aziendale, dell'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

Con Deliberazione n. 1046 del 16 aprile 2025 è stato approvato il Piano di Miglioramento della Qualità per l'anno 2025, finalizzato alla definizione delle basi organizzative e metodologiche necessarie allo sviluppo di un sistema strutturato di gestione e miglioramento della qualità aziendale.

Il Piano 2025 aveva individuato due linee strategiche prioritarie:

- lo stato dell'arte sull'accreditamento istituzionale;
- la costituzione della Rete Aziendale della Qualità.

Lo sviluppo di tali linee strategiche ha richiesto la realizzazione delle seguenti attività:

- mappatura delle strutture interessate dai procedimenti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento;
- definizione di strumenti aziendali di supporto;
- individuazione dei Facilitatori della Qualità;
- ricognizione dei sistemi di gestione della qualità già presenti nelle strutture;
- istituzione di un Gruppo di Lavoro Aziendale per la Qualità;
- iniziative formative dedicate.

In questo paragrafo è illustrato lo stato di attuazione degli obiettivi previsti dal PMQ 2025 e sono analizzati i risultati conseguiti, le attività non completamente realizzate e le criticità che ne hanno condizionato l'attuazione.

Gli esiti della valutazione costituiscono il punto di partenza per la definizione degli indirizzi strategici e delle azioni di miglioramento del triennio 2026-2028.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

7.1 Stato di attuazione degli Obiettivi del PMQ 2025

La verifica ha evidenziato il seguente stato di attuazione delle attività programmate.

Ambito strategico	Azione programmata	Risultato al 31.12.2025	Stato
Accreditamento istituzionale	Mappatura delle strutture interessate dai procedimenti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale	Individuazione di n. 12 strutture aziendali interessate da procedimenti avviati	completato al 31.12.2025 
Accreditamento istituzionale	Elaborazione di linee di indirizzo aziendali per l'accREDITamento istituzionale	Approvazione del documento "Linee di indirizzo aziendali per l'AccREDITamento Istituzionale" Deliberazione n. 2242 del 30.07.2026	Parzialmente completato al 31.12.25 – completato nel 2026 
Accreditamento istituzionale	Supporto alle strutture per il conseguimento dell'accREDITamento	Una struttura ha conseguito l'accREDITamento; risultano in corso gli iter relativi alle altre strutture	In corso
Rete Aziendale della Qualità	Ricognizione delle strutture dotate di strumenti o sistemi di gestione della qualità	Effettuata una prima rilevazione mediante checklist; rilevata la necessità di revisione e sistematizzazione dello strumento	Parzialmente completato al 31.12.2025 – In corso
Rete Aziendale della Qualità	Istituzione del Gruppo di Lavoro aziendale per la Qualità (GLAQ)	Avviato il percorso organizzativo. Il gruppo è stato formalmente istituito con nota provvedimentale n. 26568 del 04.03.2026 e il relativo regolamento di funzionamento è stato approvato con Deliberazione n. 1487 del 21.05.2026	Parzialmente completato al 31.12.2025 – completato nel 2026 
Rete Aziendale della Qualità / Standardizzazione documentale	Elaborazione di istruzioni operative aziendali per la redazione della Carta dei Servizi	Approvazione del documento "Istruzioni operative per la redazione della Carta dei Servizi ASL Brindisi" Deliberazione n. 2225 del 02.09.2025	completato al 31.12.2025 

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

Ambito strategico	Azione programmata	Risultato al 31.12.2025	Stato
Rete Aziendale della Qualità	Individuazione dei Facilitatori della Qualità	Attività avviata, ma non completata per mancata individuazione da parte delle strutture/servizi.	In corso
Rete Aziendale della Qualità	Realizzazione di un evento formativo sulla qualità	Avviata la programmazione dell'intervento formativo; attività non conclusa nel periodo di riferimento	In corso

Tab.1 Stato di attuazione degli obiettivi PMQ 2025

7.2 Analisi dei Risultati 2025

Le attività svolte nel corso del 2025 hanno consentito di avviare un percorso aziendale formalmente orientato alla qualità e al miglioramento continuo, evidenziando i seguenti punti di forza:

a) Istituzione di una funzione aziendale dedicata

L'istituzione dell'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità presso la Direzione Sanitaria Aziendale ha consentito di individuare un riferimento organizzativo per il coordinamento delle attività relative alla qualità e all'accreditamento istituzionale.

La presenza di una funzione dedicata ha rappresentato il presupposto per l'avvio della ricognizione aziendale, per il raccordo con le strutture interessate e per la predisposizione degli strumenti di supporto.

b) Avvio della mappatura dei procedimenti di autorizzazione e accreditamento

La prima ricognizione delle strutture interessate dai procedimenti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale ha consentito di acquisire un quadro iniziale delle attività in corso e di individuare le strutture che necessitano di supporto metodologico e organizzativo.

Tale attività costituisce la base per la predisposizione di una programmazione pluriennale articolata secondo priorità, responsabilità e cronoprogrammi.

c) Predisposizione di strumenti aziendali di indirizzo

È stato approvato con Deliberazione n. 2242 del 30 luglio 2026 un documento aziendale finalizzato a supportare le strutture nel percorso di accreditamento istituzionale. La predisposizione di linee di

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

indirizzo comuni rappresenta un primo passo verso la progressiva standardizzazione delle modalità operative e della documentazione necessaria alla dimostrazione del possesso dei requisiti.

d) Prima ricognizione del Sistema Qualità Aziendale

La rilevazione effettuata mediante checklist ha consentito di acquisire una prima rappresentazione dei sistemi, degli strumenti e delle esperienze di gestione della qualità presenti nelle articolazioni aziendali.

La ricognizione ha evidenziato la presenza, in alcune strutture, di esperienze già consolidate, documentazione organizzativa, procedure e professionisti coinvolti in attività di miglioramento.

Tali esperienze costituiscono un patrimonio aziendale da valorizzare e condividere nell'ambito della Rete Aziendale della Qualità.

e) Avvio della costruzione della Rete Aziendale della Qualità

Nel corso del 2025 sono state avviate le attività finalizzate alla costituzione del Gruppo di Lavoro aziendale per la Qualità e all'individuazione dei Facilitatori della Qualità.

Tale percorso ha posto le basi per la creazione di un sistema di raccordo stabile tra l'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità e le diverse articolazioni organizzative aziendali.

Nel 2026 il percorso si è concretizzato sia con l'istituzione del GLAQ sia con l'approvazione del regolamento interno.

f) Elaborazione delle Istruzioni operative per la redazione della Carta dei Servizi

Nel corso del 2025 sono state elaborate le *“Istruzioni operative per la redazione della Carta dei Servizi ASL Brindisi”*, approvate con Deliberazione n. 2225 del 2 settembre 2025.

Il documento ha definito criteri e modalità condivise per la predisposizione e l'aggiornamento delle Carte dei Servizi, con l'obiettivo di favorire una maggiore uniformità delle informazioni rivolte ai cittadini e di migliorare la trasparenza e l'accessibilità dei servizi aziendali.

g) Crescente attenzione ai temi della qualità

L'attuazione del PMQ 2025 ha favorito una prima diffusione dei temi relativi all'accreditamento, alla standardizzazione documentale, all'autovalutazione e al miglioramento continuo.

Pur non risultando ancora omogeneamente consolidata, tale attenzione rappresenta un elemento favorevole per lo sviluppo delle successive azioni formative e organizzative.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

7.3 Conclusioni

Parallelamente ai risultati conseguiti, la valutazione dello stato di attuazione del PMQ 2025 ha evidenziato alcune criticità organizzative e operative che hanno limitato il pieno raggiungimento degli obiettivi programmati.

Tali criticità risultano sostanzialmente coerenti con i punti di debolezza già individuati nell'analisi SWOT contenuta nel Piano di Miglioramento della Qualità 2025. L'analisi aveva infatti evidenziato la limitata consapevolezza del valore dell'accREDITamento istituzionale, la carenza di risorse umane specificamente dedicate, la mancata formalizzazione della Rete Aziendale della Qualità e il ricorso prevalente a modalità cartacee o non integrate per la gestione della documentazione e delle evidenze del Sistema Qualità.



Fig.3 – Analisi SWOT per lo sviluppo della qualità nell' ASL Brindisi, tratta dal PMQ 2025

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

Gli elementi individuati mediante l'analisi SWOT hanno costituito la base della fase di pianificazione del PMQ 2025. La successiva attuazione delle attività e la verifica dei risultati conseguiti hanno consentito, secondo il ciclo PDCA, di individuare le criticità ancora presenti e di definire le conseguenti azioni di miglioramento per il triennio 2026-2028.

Il monitoraggio delle attività svolte nel corso del 2025 ha sostanzialmente confermato la validità dell'analisi precedentemente effettuata. In particolare, è emerso un assetto organizzativo caratterizzato da livelli eterogenei di sviluppo delle attività correlate alla qualità, con differenza tra le strutture nell'adozione di procedure, strumenti operativi, modalità di gestione documentale e sistemi di monitoraggio.

In diversi casi sono risultati presenti documenti e procedure elaborati a livello di singola struttura o reparto, ma non sottoposti a un formale processo di verifica, validazione e approvazione a livello di Direzione di macrostruttura e/o aziendale, in relazione alla valenza. Tali documenti, pur rappresentando esperienze operative utili, non possono essere considerati documentazione aziendale vigente fino al completamento del previsto iter di controllo e approvazione. La presenza di strumenti e/o iniziative orientati alla qualità è risultata prevalentemente connessa all'esperienza e all'iniziativa dei singoli Direttori e/o Coordinatori Responsabili e/o professionisti afferenti all'U.O./servizio. Tale condizione ha determinato una disomogeneità nell'organizzazione delle attività, nella produzione delle evidenze documentali e nel livello di conoscenza delle strutture rispetto ai requisiti per l'accreditamento istituzionale.

La rilevazione ha inoltre evidenziato la necessità di:

- completare la costituzione della Rete Aziendale della Qualità e renderla pienamente operativa;
- individuare in tutte le articolazioni e strutture aziendali Facilitatori della Qualità e del Rischio Clinico;
- rafforzare le competenze degli operatori attraverso specifici percorsi formativi;
- migliorare il coordinamento e la comunicazione tra le strutture aziendali;
- promuovere la progressiva standardizzazione della documentazione e degli strumenti organizzativi;
- sviluppare un sistema strutturato e periodico di autovalutazione e monitoraggio;

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

- favorire la progressiva digitalizzazione, accessibilità e tracciabilità della documentazione del Sistema Qualità.

Il riesame ha inoltre confermato la necessità di rafforzare l'attribuzione formale delle responsabilità, l'integrazione tra il Sistema Qualità e la gestione del rischio clinico e la valutazione periodica dei risultati mediante indicatori definiti.

Le criticità rilevate confermano la necessità di consolidare le basi organizzative già costruite e di sviluppare un Sistema Qualità maggiormente strutturato, diffuso e misurabile. Gli esiti del presente riesame costituiscono pertanto il presupposto per la definizione degli indirizzi e delle azioni di miglioramento previsti per il triennio 2026-2028.

8. INDIRIZZI STRATEGICI PER IL TRIENNIO 2026-2028

Gli esiti della valutazione del PMQ 2025 confermano la necessità di proseguire il percorso avviato, consolidando le basi organizzative già costruite e trasformandole in un sistema aziendale stabile, diffuso e misurabile.

Per il triennio 2026-2028 sono pertanto individuati i seguenti indirizzi prioritari:

- 1. consolidare la governance del Sistema Qualità**, definendo ruoli, responsabilità e modalità di raccordo tra la Direzione Strategica, l'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità, il GLAQ e le strutture aziendali;
- 2. consolidare e rendere pienamente operativa la Rete Aziendale della Qualità**, attraverso l'individuazione formale dei Facilitatori della Qualità e dei Facilitatori del Rischio Clinico;
- 3. rafforzare le competenze degli operatori**, mediante percorsi formativi dedicati alla qualità, alla sicurezza delle cure, alla gestione documentale e all'accreditamento istituzionale;
- 4. supportare sistematicamente i percorsi di accreditamento istituzionale**, mediante linee di indirizzo, cronoprogrammi, strumenti operativi e attività in sinergia con le strutture interessate;
- 5. promuovere la progressiva standardizzazione dei processi organizzativi e della documentazione aziendale**, mediante l'adozione di modelli e strumenti condivisi, nel rispetto delle specificità delle strutture;
- 6. sviluppare un sistema strutturato di autovalutazione e monitoraggio**, basato su checklist, indicatori misurabili, fonti di dati definite ed evidenze documentali verificabili;

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

7. **favorire la progressiva digitalizzazione della documentazione del Sistema Qualità**, migliorandone accessibilità, tracciabilità, aggiornamento e conservazione;
8. **integrare gli obiettivi di qualità con gli strumenti di programmazione aziendale**, con particolare riferimento al PIAO, al sistema di budget, al Piano annuale del Rischio Sanitario e al Piano annuale della Formazione.

8.1 Obiettivi, Azioni di Miglioramento e Target per il triennio 2026-2028

Sulla base degli esiti della valutazione del PMQ 2025, delle criticità rilevate e degli indirizzi strategici definiti per il triennio 2026-2028, sono individuati gli obiettivi e le azioni di miglioramento finalizzati al consolidamento del Sistema Qualità dell'ASL Brindisi.

Per ciascun obiettivo sono definiti le azioni previste, gli strumenti operativi, gli indicatori di monitoraggio e i target annuali. Gli indicatori consentono di verificare progressivamente lo stato di attuazione delle attività e il raggiungimento dei risultati programmati.

I target relativi alle annualità 2027 e 2028 potranno essere aggiornati in sede di riesame annuale, sulla base dei risultati conseguiti, delle eventuali criticità riscontrate e dell'evoluzione del contesto organizzativo e normativo.

Criticità rilevata	Obiettivo	Azioni di miglioramento	Strumento operativo / evidenza documentale	Termine o data di attuazione	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028
1) Disomogeneità nell'adozione di strumenti orientati alla qualità e alla informazione ai cittadini	Standardizzare e gli strumenti di informazione e trasparenza rivolti ai cittadini e agli utenti	Redazione e aggiornamento delle Carte dei Servizi secondo il modello aziendale; supporto alle strutture e verifica della documentazione prodotta	"Istruzioni operative per la redazione della Carta dei Servizi ASL Brindisi", approvate con Deliberazione n. 2225 del 02.09.2025; Carte dei Servizi redatte o aggiornate dalle strutture	Attuazione progressiva nel triennio; verifica entro il 31 dicembre di ciascun anno	N. strutture con Carta dei Servizi redatta o aggiornata secondo il modello aziendale / N. strutture tenute alla redazione o all'aggiornamento	40%	75%	100%

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

Criticità rilevata	Obiettivo	Azioni di miglioramento	Strumento operativo / evidenza documentale	Termine o data di attuazione	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028
2) Assenza di una Rete Aziendale della Qualità pienamente formalizzata e operativa	Consolidare e rendere pienamente operativa la Rete Aziendale della Qualità	Garantire il funzionamento del GLAQ attraverso la programmazione degli incontri, la verbalizzazione delle attività e la verifica delle azioni assegnate	Nota provvedimentale n. 26568 del 04.03.2026; Regolamento di funzionamento del GLAQ approvato con Deliberazione n. 1487 del 21.05.2026; convocazioni, verbali e report delle attività	Istituzione e regolamentazione attuate nel 2026; funzionamento o continuativo nel triennio	N. incontri del GLAQ realizzati / N. incontri programmati del GLAQ	80%	80%	80%
3) Assenza di figure professionali formalmente individuate per le attività di qualità e sicurezza delle cure presso tutte le strutture	Costituire e mantenere operativa una rete aziendale di Facilitatori della Qualità e Facilitatori del Rischio Clinico	Individuazione, presso ciascuna Unità Operativa o Servizio, di due professionisti, (Area della Dirigenza e Area del Comparto) come Facilitatori della Qualità e del Rischio Clinico; costituzione e aggiornamento dell'elenco aziendale	Nota dispositiva della Direzione Strategica n. 47813 del 23.04.2026; comunicazioni di individuazione delle strutture; elenco aziendale aggiornato	Individuazione entro il 2026; aggiornamento o almeno annuale e ogni volta che intervengano variazioni	N. strutture che hanno individuato entrambi i professionisti i previsti / N. strutture tenute all'individuazione	40%	70%	100%
4) Mancanza di un sistema strutturato e periodico di autovalutazione e monitoraggio della qualità	Implementare un sistema aziendale di autovalutazione e monitoraggio periodico	Revisione e somministrazione e della checklist aziendale; raccolta e analisi dei dati tramite i Facilitatori della Qualità; elaborazione del report aziendale e individuazione delle eventuali azioni di miglioramento	Checklist aziendale; comunicazioni di trasmissione; checklist compilate; database di raccolta; report annuale dell'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità	Revisione e somministrazione entro il 31.12.2026; rilevazione e report entro il 31 dicembre di ciascun anno	N. checklist compilate e ricevute / N. checklist distribuite.	Checklist ≥40%	Checklist ≥90%	Checklist 100%

Tab. 2 Criticità rilevate - Azioni di miglioramento 2026-2028

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

Obiettivi Specifici dell'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità

Criticità rilevata	Obiettivo	Azioni di miglioramento	Strumento operativo / evidenza documentale	Termine o data di attuazione	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028
1) Differente livello di preparazione delle strutture interessate ai procedimenti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale	Coordinare le attività e supportare le strutture interessate al conseguimento dell'accredimento istituzionale	Definizione e aggiornamento dei cronoprogrammi; realizzazione di incontri di supporto; verifica dello stato di avanzamento e delle evidenze documentali; raccordo con le strutture interessate	Cronoprogrammi dei procedimenti; convocazioni e verbali degli incontri; checklist; documentazione trasmessa dalle strutture; Linee di indirizzo aziendali; provvedimenti di accreditamento	Secondo le scadenze previste dai singoli procedimenti e dai relativi cronoprogrammi; verifica entro il 31 dicembre di ciascun anno	N. accreditamenti conseguiti / N. accreditamenti avviati nell'anno	60%	80%	100%
2) Disomogeneità nella redazione e nella verifica delle procedure e dei protocolli operativi	Partecipare alle attività di verifica di procedure e protocolli operativi.	Esame della documentazione trasmessa; verifica della coerenza con i criteri, i requisiti e i modelli aziendali; formulazione di osservazioni e richieste di integrazione, ove necessarie	Procedure e protocolli trasmessi; schede o note di verifica; comunicazioni contenenti osservazioni e richieste di integrazione; documenti revisionati	Attività continuativa nel triennio, in relazione alla documentazione trasmessa; verifica entro il 31 dicembre di ciascun anno	N. procedure e protocolli verificati / N. procedure e protocolli trasmessi all'Ufficio per la verifica	80%	80%	80%
3) Limitato raccordo operativo tra l'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità e le strutture aziendali	Programmare incontri con i Facilitatori della Qualità per l'implementazione delle attività correlate alla qualità e all'accreditamento	Programmazione e realizzazione di incontri periodici; condivisione di indirizzi e strumenti operativi; verifica delle attività assegnate e delle criticità rilevate	Programma annuale degli incontri; convocazioni; registri delle presenze; verbali; materiali condivisi; eventuali schede di rilevazione delle criticità	Programmazione annuale e attuazione continuativa nel triennio; verifica entro il 31 dicembre di ciascun anno	N. incontri realizzati / N. incontri programmati	100%	100%	100%

Tab.3 Obiettivi specifici dell'Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

8.2 Integrazione PMQ 2026-2028 con Piani di Gestione Annuali Aziendali

Il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Miglioramento della Qualità richiede il raccordo con gli strumenti di programmazione e gestione adottati dall'ASL Brindisi.

L'integrazione consente di attribuire alle azioni di miglioramento una valenza trasversale, favorendo il coordinamento tra le strutture coinvolte, la condivisione delle responsabilità e la verifica dei risultati nell'ambito dei rispettivi processi aziendali.

Gli obiettivi del PMQ sono integrati, in particolare, con il Piano aziendale della Performance, integrato al P.I.A.O. e con il Piano annuale del Rischio Sanitario, secondo quanto riportato nella seguente tabella.

Struttura aziendale interessata	Piano o strumento di riferimento	Obiettivo del PMQ integrato	Azione / strumento operativo	Evidenza documentale	Periodo di attuazione
Programmazione e Controllo di Gestione	Piano della performance 2026 - 2028	1) Standardizzare gli strumenti di informazione e trasparenza rivolti ai cittadini e agli utenti	Azione: inserimento dell'obiettivo nelle schede budget. Attività: redazione o aggiornamento delle Carte dei Servizi secondo il modello aziendale.	Riferimento: nota Direzione Strategica n. 47813 del 23.04.2026. Evidenze: verbali del Comitato di Budget; schede di budget, Carte dei Servizi.	Inserimento: maggio 2026. Monitoraggio secondo le scadenze del ciclo di budget.
Gestione del Rischio Clinico	Piano annuale del rischio sanitario	2) Costituire e mantenere operativa la rete aziendale dei Facilitatori della Qualità e dei Facilitatori del Rischio Clinico	Individuazione per ciascuna UO o Servizio, di due professionisti: uno appartenente all'area della dirigenza e uno all'area del comparto.	Riferimento: nota Direzione Strategica n. 47813 del 23.04.2026. Evidenze: comunicazioni delle strutture ed elenco aziendale aggiornato.	Individuazione: novembre 2026. Aggiornamento annuale e in caso di variazioni.
Gestione del Rischio Clinico; Formazione Aziendale e Universitaria; Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità	Piano annuale del rischio sanitario e Piano annuale della formazione	3) Rafforzare le competenze dei Facilitatori della Qualità e del Rischio Clinico	Progettazione e realizzazione di un percorso formativo su qualità, rischio clinico, accreditamento e gestione documentale.	Evidenze: progetto formativo, programma, registri delle presenze, verifiche dell'apprendimento e attestati.	Primo percorso entro dicembre 2026; aggiornamenti annuali.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

Struttura aziendale interessata	Piano o strumento di riferimento	Obiettivo del PMQ integrato	Azione / strumento operativo	Evidenza documentale	Periodo di attuazione
Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità; GLAQ	PMQ 2026-2028 e programmazione delle attività dell'Ufficio	4) Consolidare e rendere operativa la Rete Aziendale della Qualità	Programmazione degli incontri del GLAQ e dei Referenti della Qualità; condivisione degli strumenti; verifica delle attività assegnate	Convocazioni; verbali; registri delle presenze; documentazione e report delle attività	Attuazione continuativa nel triennio
Ufficio Accreditamento Istituzionale e Qualità; strutture interessate	Programmazione aziendale dei procedimenti di autorizzazione e accreditamento	5) Supportare sistematicamente i percorsi di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale	Supportare sistematicamente le strutture nei percorsi di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale. Programmazione: definizione e aggiornamento dei cronoprogrammi. Supporto: incontri con le strutture interessate. Verifica: controllo dello stato di avanzamento e delle evidenze documentali. Attuazione: applicazione delle Linee di Indirizzo Aziendali.	Evidenze: cronoprogrammi, verbali degli incontri, checklist, note e comunicazioni, documentazione trasmessa dalle strutture, Linee di indirizzo aziendali	Secondo le scadenze previste dai singoli procedimenti e dai relativi cronoprogrammi. Monitoraggio periodico e verifica almeno annuale

Tab. 4 Integrazione degli obiettivi del PMQ con i piani di gestione annuali

L'integrazione con gli strumenti di programmazione e gestione aziendale sarà riesaminata annualmente, in coerenza con gli obiettivi e le azioni previsti dal PMQ e con gli esiti del relativo monitoraggio. Le strutture coinvolte assicurano, per gli ambiti di rispettiva competenza, l'attuazione delle azioni programmate e la produzione delle evidenze necessarie alla verifica dei risultati.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

9. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

L'attuazione del Piano di Miglioramento della Qualità richiede il coinvolgimento coordinato delle strutture aziendali, secondo le rispettive funzioni e competenze.

La seguente matrice individua, per ciascuna azione prevista dal Piano, la struttura responsabile dell'attuazione, i soggetti coinvolti nella realizzazione delle attività e quelli destinatari delle relative informazioni.

Legenda:

- **R:** responsabile dell'attuazione dell'azione;
- **C:** coinvolto nell'attuazione e tenuto a collaborare;
- **I:** informato sullo stato di avanzamento e sui risultati;
- **R*:** responsabile per gli aspetti di propria competenza.

Azioni del Piano	Direzione Strategica	Ufficio Accreditamento e Qualità	GLAQ	Direttori/Coordinatori delle UUOO/servizi	Facilitatori Qualità
Governance del Piano di Miglioramento Qualità	R	C	I		
Coordinamento operativo, monitoraggio e riesame periodico PMQ	I	R	C	C	C
Attuazione degli obiettivi previsti dal piano	I	R*	C	R*	C

Tab. 5 Matrice delle responsabilità PMQ 2026-2028

* **Nota:** le responsabilità riportate nella matrice sono riferite alle attività previste dal PMQ e non modificano le competenze attribuite alle strutture aziendali dagli atti organizzativi vigenti. Quando un'azione coinvolge più soggetti, ciascuna struttura assicura gli adempimenti di propria competenza e la produzione delle relative evidenze documentali.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Piano Triennale di Miglioramento della Qualità 2026-2028	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
--	---	--

10. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il Piano di Miglioramento della Qualità 2026-2028 è distribuito alle seguenti articolazioni aziendali:

- Direzioni di Presidio Ospedaliero;
- Direzioni di Dipartimento;
- Direzioni dei Distretti Sociosanitari;
- Strutture Sovradistrettuali;
- Uffici di Staff;
- Componenti del GLAQ;

A seguito dell'approvazione, il documento è pubblicato sul sito istituzionale aziendale e trasmesso alle Macrostrutture indicate nella presente Lista di distribuzione.

Le Direzioni di Macrostruttura, i Direttori e i Coordinatori delle Unità Operative e dei Servizi, ciascuno per il proprio ambito di competenza, **assicurano la tempestiva e capillare diffusione del Piano a tutto il personale** interessato, anche mediante riunioni di équipe, bacheche e ulteriori canali organizzativi, garantendone l'accessibilità anche agli operatori non dotati di posta elettronica aziendale.

La diffusione del presente documento deve essere effettuata in modo da favorire la conoscenza degli obiettivi, delle azioni e delle responsabilità previste dal Piano e da promuovere il coinvolgimento attivo degli operatori nei processi di miglioramento della qualità.