



PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ 2026-2028

Requisito di riferimento: SR47

Rev. N.	Data	Redazione
0	21.09.2026	Dott.ssa Raffaella Gortan



Firmato digitalmente da:
Gortan Raffaella
Firmato il 21/09/2026 11:39
Seriale Certificato: 5156268
Valido dal 01/12/2025 al 01/12/2028
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

1. PREMESSA

L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona della Carnia "San Luigi Scrosoppi" riconosce nella qualità dei servizi una componente fondamentale della propria missione istituzionale e della produzione di Valore Pubblico.

Il Piano di miglioramento della Qualità 2026–2028 costituisce lo strumento attraverso il quale gli indirizzi strategici dell'Azienda, definiti dal Consiglio di Amministrazione e sviluppati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), sono tradotti in obiettivi, azioni, responsabilità e indicatori di miglioramento dei servizi.

Il Piano è elaborato in coerenza con il PIAO 2026-2028 e concorre, per gli aspetti attinenti alla qualità dei servizi, all'attuazione degli obiettivi di valore pubblico, performance, organizzazione, formazione, digitalizzazione, anticorruzione, trasparenza e monitoraggio previsti nel PIAO.

Il Piano assume come principi fondamentali:

- la centralità e la dignità della persona accolta;
- l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza;
- la personalizzazione della presa in carico;
- la valorizzazione delle competenze professionali;
- la partecipazione delle persone accolte, dei familiari e degli operatori;
- l'integrazione multiprofessionale e territoriale;
- la trasparenza e la misurabilità dei risultati;
- il miglioramento continuo.

La qualità è considerata un processo permanente di programmazione, attuazione, verifica e miglioramento, secondo la logica del ciclo PDCA: PLAN → DO → CHECK → ACT.

2. FINALITÀ E RACCORDO CON IL PIAO

Il Piano ha la finalità di definire, per il periodo 2026-2028, le principali priorità e attività aziendali in materia di qualità, sicurezza, appropriatezza, centralità della persona assistita e miglioramento continuo, individuando:

- l'ordine di priorità dei processi da monitorare;
- le attività di miglioramento da implementare;
- gli obiettivi e i risultati attesi;
- le responsabilità operative;

- le risorse necessarie;
- i tempi di attuazione;
- gli indicatori di verifica;
- criteri generali di monitoraggio, riesame e aggiornamento.

Il Piano della qualità non sostituisce il PIAO, le procedure, i protocolli, i programmi formativi o gli altri strumenti aziendali, ma ne coordina e rende operativi gli aspetti direttamente connessi alla qualità dei servizi.

Il raccordo con il PIAO si sviluppa secondo la sequenza operativa:

indirizzi strategici → Valore Pubblico → obiettivi di performance ed operativi → obiettivi di qualità → azioni → indicatori → risultati → azioni correttive e di miglioramento.

Il Piano recepisce, in particolare, le direttrici del PIAO riguardanti:

- l'integrazione territoriale e interaziendale;
- il miglioramento dell'efficacia delle attività sociosanitarie;
- lo sviluppo delle responsabilità organizzative;
- la formazione e la valorizzazione delle competenze;
- la valutazione e l'incentivazione del personale;
- la protezione dei dati personali;
- la digitalizzazione dei processi;

Il Piano della qualità 2026-2028 è pertanto coerente con il PIAO 2026-2028 e ne costituisce uno strumento attuativo per gli aspetti riguardanti la qualità, la sicurezza, l'appropriatezza, la centralità della persona e il miglioramento dei servizi.

Le attività sono articolate nelle annualità 2026, 2027 e 2028 secondo il cronoprogramma riportato nella scheda degli obiettivi allegata. La diversa articolazione temporale delle attività, secondo una progressione di avvio, implementazione e consolidamento, costituisce il programma di attuazione triennale del Piano.

Il Piano annuale di attuazione e monitoraggio, ove predisposto, costituisce uno strumento gestionale interno che dettaglia, per ciascuna annualità, le attività da svolgere in attuazione del Piano triennale e le modalità di monitoraggio dei relativi risultati. Esso individua, ove necessario, i target annuali, la baseline, le scadenze, le modalità di raccolta dei dati, le evidenze documentali e le eventuali azioni correttive.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Piano si applica prioritariamente ai processi assistenziali, sanitari e sociosanitari e ai processi organizzativi direttamente collegati alla qualità e alla sicurezza dei servizi erogati agli ospiti.

Il Piano coinvolge il Consiglio di amministrazione, il Presidente, il Direttore generale, il Direttore amministrativo, il Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari, i coordinatori, le équipe multiprofessionali, il personale dipendente, i collaboratori, i professionisti e i soggetti affidatari dei servizi esternalizzati interessati.

4. RESPONSABILITÀ DEL SISTEMA QUALITÀ

Soggetto	Responsabilità
Consiglio di Amministrazione	Definisce gli indirizzi strategici, approva il PIAO e verifica i risultati complessivi.
Direttore Generale	Assicura l'integrazione tra PIAO, performance e Piano della qualità; garantisce le risorse e promuove qualità, sicurezza, trasparenza e miglioramento continuo.
Responsabile della Qualità	Predisporre il Piano della qualità e le eventuali proposte di aggiornamento; coordina il Sistema Qualità, gli indicatori, gli audit, la gestione delle non conformità, il Report annuale della qualità e la verifica delle azioni correttive e di miglioramento, in raccordo con la Direzione e con i responsabili dei processi.
Direttore Servizi Sanitari e Sociosanitari	Presidia appropriatezza, sicurezza delle cure, presa in carico, PAI, protocolli, integrazione multiprofessionale e monitoraggio degli esiti assistenziali.
Coordinatori/Responsabili	Attuano gli obiettivi nei rispettivi ambiti, assicurano la diffusione delle procedure, raccolgono i dati e segnalano criticità e opportunità di miglioramento.
Équipe multiprofessionali	Partecipano alla valutazione multidimensionale, alla definizione e verifica dei PAI, agli audit e ai progetti di miglioramento.
Tutto il personale	Applica procedure e protocolli, partecipa alla formazione, segnala eventi, non conformità e rischi e contribuisce al miglioramento dei processi.

5. OBIETTIVI PRIORITARI 2026 - 2028

Gli obiettivi prioritari del presente Piano sono articolati all'interno della scheda triennale degli obiettivi e costituisce parte integrante del Piano stesso.

Per ogni processo sono indicati:

- l'ordine di priorità;
- le attività di miglioramento;
- l'obiettivo;
- il responsabile del processo;
- le risorse;
- i tempi di attuazione per le annualità 2026, 2027 e 2028;
- gli indicatori di verifica.

La scheda triennale rappresenta la programmazione triennale del miglioramento della qualità. Il dettaglio annuale dei target, delle modalità di rilevazione e delle azioni correttive può essere sviluppato nel Piano annuale di attuazione e monitoraggio.

Le principali aree di miglioramento sono:

1. gestione del rischio clinico;
2. uso sicuro dei farmaci;
3. prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza – ICA;
4. prevenzione e gestione delle cadute;
5. valutazione e controllo del dolore;
6. uso consapevole della contenzione;
7. valutazione multidimensionale, PAI e continuità assistenziale;
8. qualità della vita, demenza, approccio protesico e partecipazione;
9. coinvolgimento di ospiti, familiari e territorio;
10. formazione, competenze e benessere organizzativo;
11. digitalizzazione, gestione documentale e tracciabilità.

6. SISTEMA DEGLI INDICATORI 2026 – 2028

Il Piano triennale individua, nella scheda allegata, gli indicatori di verifica collegati agli obiettivi e alle attività di miglioramento.

Il Piano annuale di attuazione e monitoraggio definisce, per gli indicatori selezionati nell'annualità di riferimento, la baseline, il target annuale, la formula di calcolo, la fonte del

dato, la frequenza di rilevazione, il responsabile della raccolta, le modalità di documentazione e le modalità di restituzione dei risultati.

Qualora non siano disponibili dati storici consolidati, il primo periodo di rilevazione sarà utilizzato per definire la baseline aziendale. La baseline e i target annuali saranno riportati nel Report annuale della qualità.

Gli indicatori potranno essere integrati o modificati nel corso del triennio sulla base degli esiti del monitoraggio, dell'analisi dei rischi, delle modifiche normative, delle indicazioni degli organismi di vigilanza o delle eventuali modifiche agli obiettivi aziendali. Ogni modifica sarà motivata e documentata.

7. NON CONFORMITÀ E AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Le non conformità, gli eventi avversi, i near miss, i reclami e le segnalazioni costituiscono fonti informative del Sistema Qualità.

La gestione segue il processo:

rilevazione → analisi → azione correttiva o di miglioramento → verifica dell'efficacia → chiusura.

In caso di mancato raggiungimento del target, di andamento non soddisfacente dell'indicatore o di rilevazione di una non conformità, il responsabile del processo procede all'analisi dello scostamento e delle relative cause e propone un'azione correttiva o di miglioramento.

L'azione correttiva o di miglioramento indica almeno:

- la criticità o opportunità rilevata;
- l'analisi delle cause, ove applicabile;
- l'azione prevista;
- il responsabile;
- la scadenza;
- le risorse;
- l'indicatore o la modalità di verifica;
- l'esito del controllo di efficacia;
- l'eventuale chiusura.

Le azioni correttive e di miglioramento possono essere dettagliate nel Piano annuale di attuazione e monitoraggio, nella scheda di non conformità o nel Report annuale della qualità.

Il personale contribuisce alla rilevazione delle criticità e alla definizione delle azioni di miglioramento attraverso segnalazioni, osservazioni, audit, riunioni, équipe multiprofessionali, gruppi di miglioramento e partecipazione a progetti specifici.

8. MONITORAGGIO E RIESAME

Il monitoraggio del Piano è svolto con frequenza almeno annuale e, per gli indicatori individuati, con la periodicità prevista nel Piano annuale di attuazione e monitoraggio.

Il Responsabile della qualità predispone il Report annuale della qualità, che costituisce evidenza del monitoraggio effettuato.

Il Report contiene almeno:

- andamento degli indicatori e confronto con i target;
- baseline e risultati dell'annualità;
- esiti degli eventuali audit;
- non conformità, eventi avversi e near miss;
- reclami, segnalazioni e suggerimenti;
- risultati delle rilevazioni di soddisfazione;
- stato delle azioni correttive e di miglioramento;
- risorse impiegate;
- proposte di aggiornamento del Piano.

Il riesame del Piano è effettuato almeno annualmente e, in forma complessiva, alla scadenza del triennio.

Il riesame può determinare:

- la conferma degli obiettivi;
- la rimodulazione delle azioni;
- la proroga dei tempi;
- la chiusura degli obiettivi conclusi;
- la sostituzione degli obiettivi non più attuali;
- l'introduzione di nuovi obiettivi.

9. PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE ALLA VALUTAZIONE

L'Azienda favorisce la partecipazione del personale alle attività di valutazione e miglioramento della qualità attraverso:

- audit;

- équipe multiprofessionali;
- riunioni di verifica;
- osservazioni e segnalazioni;
- analisi degli indicatori;
- gruppi e progetti di miglioramento;
- proposta di azioni correttive.

Gli operatori sono informati degli esiti delle principali valutazioni e delle azioni di miglioramento conseguenti.

Le relative evidenze sono costituite, ove applicabile, da verbali, report, rapporti di audit, registri e schede di segnalazione.

10. SCHEDA TRIENNALE DEGLI OBIETTIVI

La scheda triennale degli obiettivi, di cui alla parte successiva, costituisce parte integrante del presente Piano e riporta, per ciascuna area:

- obiettivo;
- priorità;
- azioni principali;
- responsabile del processo;
- risorse chiave;
- tempi di attuazione 2026-2028;
- indicatori di verifica.

SCHEDA TRIENNALE DEGLI OBIETTIVI 2026 - 2028

Aree di valutazione e finalità

Di seguito sono elencate le **aree di sicurezza e qualità delle cure** oggetto del Piano di miglioramento della qualità triennale 2026-2028. Per ciascuna area è indicata una breve descrizione delle finalità.

1. Gestione del rischio clinico

Obiettivo: consolidare il sistema aziendale di gestione del rischio clinico, in coerenza con gli indirizzi regionali della Rete Cure Sicure FVG, promuovendo la cultura della sicurezza, la segnalazione tempestiva di eventi avversi, eventi sentinella e near miss, l'analisi strutturata delle criticità e l'attuazione di azioni correttive. Il processo prevede la definizione di procedure aziendali, la promozione delle segnalazioni da parte del personale, l'analisi degli eventi rilevanti e il monitoraggio delle azioni di miglioramento, al fine di ridurre la frequenza e la gravità degli eventi avversi e garantire la sicurezza delle cure.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Alta	- Definire/aggiornare la procedura aziendale di gestione degli eventi - Promuovere la segnalazione di eventi avversi, eventi sentinella e near miss - Analizzare gli eventi rilevanti con strumenti strutturati - Definire, attuare e monitorare azioni correttive e di miglioramento	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari	Formazione specifica, registro eventi, software/reportistica per l'analisi dei dati	2026: avvio 2027: implementazione analisi degli eventi rilevanti e monitoraggio delle azioni correttive 2028: consolidamento del processo	% eventi rilevanti con analisi documentata e azione correttiva definita

2. Uso sicuro dei farmaci

Obiettivo: garantire la sicurezza dell'intero processo di gestione del farmaco, dalla prescrizione e approvvigionamento alla conservazione, preparazione, somministrazione e registrazione, attraverso procedure aggiornate, controlli periodici su conservazione e scadenze, audit sulla somministrazione e formazione specifica del personale, al fine di ridurre il rischio di errori di terapia e assicurare continuità e appropriatezza delle cure.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Alta	- Controllo tracciato di scadenze e temperature - Valutazione dell'adeguatezza e riconciliazione - Rivalutazione programmata delle terapie croniche - Integrazione della prescrizione informatizzata - FARMACI AD ALTO RISCHIO: separazione fisica, segnalazione visiva (alert) registri di carico/scarico	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari	Procedure scritte, registri di carico/scarico e scadenze, applicativi informatici	2026: avvio verifiche 2027: implementazione sistematica degli audit e dei controlli 2028: consolidamento del processo e integrazione con la cartella informatizzata	- % di controlli eseguiti su totale programmato (Target: 100%) - % di schede terapeutiche riconciliate entro 24h dall'ingresso - % di pazienti complessi rivalutati nei tempi definiti - % di reparti/letti coperti da cartella clinica orientata al farmaco - % di nuclei conformi ai requisiti di stoccaggio dei farmaci

3. Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza – ICA

Obiettivo: rafforzare la prevenzione, il rilevamento tempestivo e la gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), mediante l'applicazione dei protocolli regionali e aziendali, il monitoraggio delle precauzioni standard (in particolare igiene delle mani), attività di audit e formazione del personale, al fine di ridurre l'incidenza delle ICA e garantire la sicurezza degli ospiti e degli operatori.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Alta	- Osservazione diretta dell'igiene delle mani secondo i 5 Momenti OMS - Verifiche periodiche sul rispetto delle precauzioni standard e dei bundle assistenziali - Gestione, tracciamento e reportistica delle infezioni e dei focolai epidemici.	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari	Protocolli e procedure ICA, schede di osservazione igiene delle mani, formazione specifica, audit, schede di gestione casi/cluster	2026: rilevazione baseline e formazione del personale 2027: implementazione sistematica degli audit e dei monitoraggi 2028: consolidamento del processo e miglioramento degli indicatori di esito	- Tasso di aderenza all'igiene delle mani (% di opportunità corrette su opportunità totali osservate). <i>Target: > 80%</i> - N. di audit eseguiti nell'anno rispetto alla programmazione (Target: 100%) e % di azioni correttive implementate entro i tempi - Tempo medio di attivazione delle misure di isolamento dalla segnalazione del laboratorio (Target: < 4 ore).

4. Prevenzione e gestione delle cadute

Obiettivo: ridurre il rischio e la gravità delle cadute attraverso la valutazione individuale del rischio all'ingresso e in corso di permanenza, l'adozione di piani di prevenzione personalizzati inseriti nel PAI, la segnalazione e l'analisi degli eventi, al fine di migliorare la sicurezza degli ospiti e la qualità dell'assistenza.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Alta	- Valutazione del rischio - Piani individualizzati: Inserimento delle misure preventive mirate nel PAI - Incident Reporting: compilazione della scheda per ogni caduta o quasi-evento. - Registro e analisi: Monitoraggio dei dati per identificare le cause profonde. - Formazione	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari	Scale di valutazione del rischio caduta, moduli PAI, registro cadute, formazione specifica	2026: baseline 2027: miglioramento dell'adesione ai piani di prevenzione e analisi degli eventi 2028: consolidamento del processo e riduzione del tasso di cadute	- % di ospiti valutati per il rischio cadute all'ingresso e a ogni variazione clinica - % di PAI che contengono le misure preventive mirate per gli ospiti a rischio - % di cadute registrate che possiedono la scheda di <i>Incident Reporting</i> compilata - Numero di <i>Root Cause Analysis</i> - % di personale che ha completato la formazione su prevenzione e segnalazione.

5. Valutazione e controllo del dolore

Obiettivo: garantire la rilevazione sistematica del dolore mediante l'adozione di scale di valutazione condivise, la registrazione della valutazione nel PAI, l'attivazione di interventi appropriati e la rivalutazione dell'efficacia, nel rispetto della dignità, del benessere e della personalizzazione del percorso assistenziale.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Alta	- Rilevazione sistematica del dolore come quinto parametro vitale - Uso di scale adeguate allo stato cognitivo (NRS/Abbey) - Rivalutazione obbligatoria dell'efficacia dopo la terapia antalgica - Valutazione dell'impatto del dolore sulle attività quotidiane e sul sonno	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari	Scale di valutazione del dolore adottate dalla struttura, protocolli assistenziali, formazione specifica, documentazione nel PAI	2026: adozione dello strumento di valutazione e formazione del personale 2027: implementazione sistematica della valutazione e della rivalutazione 2028: consolidamento del processo e miglioramento della gestione del dolore	- % di ospiti sottoposti a screening del dolore secondo il protocollo (target 100%) - % di valutazioni eseguite con la scala corretta per livello cognitivo (target 100%) - % di farmaci al bisogno seguiti da nota di rivalutazione (30-60 min) (target 100%) - % di ospiti con dolore cronico con indicatori di qualità di vita monitorati (target >90%)

6. Uso consapevole della contenzione

Obiettivo: ridurre e governare l'uso della contenzione fisica, assicurando appropriatezza, proporzionalità, prescrizione medica, documentazione, monitoraggio e rivalutazione periodica, nel rispetto della dignità, dell'autodeterminazione e dei diritti della persona e in coerenza con i principi dichiarati nella Carta dei servizi.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Alta	- Valutazione e uso di alternative ai mezzi di tutela e protezione - Coinvolgimento dei familiari - Verifica quotidiana dei mezzi in uso - Rivalutazione a distanza - Sensibilizzazione e formazione del personale	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari	Documentazione della valutazione multidisciplinare nel diario infermieristico dell'ospite, Servizio operativo di controllo giornaliero, Informativa e modulo di consenso informato, piano formativo aziendale specifico	2026: rilevazione baseline e definizione/aggiornamento della procedura 2027: riduzione progressiva dell'uso e rafforzamento del monitoraggio 2028: consolidamento del processo e riduzione dell'utilizzo di contenzione	- % di ospiti contenuti con documentata prova di tentativi alternativi falliti (target 100%) - % di provvedimenti di contenzione completi di informativa e consenso dei familiari firmato (target 100%) - % di controlli giornalieri su tolleranza e adeguatezza del presidio di contenzione registrati nel diario (target 100%) - % di contenzioni rivalutate e aggiornate al cambio dello stato clinico-comportamentale (target 95%) - % di operatori formati sulla procedura di contenzione e sulle misure alternative (target >90%)

7. Valutazione multidimensionale, PAI e continuità assistenziale

Obiettivo: garantire una valutazione multidimensionale completa e tempestiva, la definizione, attuazione e aggiornamento dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) nei tempi previsti e la continuità assistenziale nel tempo, attraverso la standardizzazione di tempi e contenuti della valutazione, audit sulla documentazione e rivalutazioni periodiche, in coerenza con l'approccio di presa in carico globale e personalizzata dichiarato nella Carta dei servizi.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Alta	- Tempistica di compilazione del PAI - Tempistica di compilazione della scheda multidimensionale <i>Valgraf</i> - Regolarità delle rivalutazioni	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari	Piattaforma web per la compilazione della scheda Valgraf (Portale Genesys), sezione della cartella clinica informatizzata per la stesura del Piano Assistenziale (Modulo PAI SCR), equipe multidisciplinare, Scadenziario digitale	2026: miglioramento della tempestività 2027: miglioramento della tempestività 2028: raggiungimento della piena conformità	- % di ospiti con PAI approvato e firmato entro 15 giorni dall'ingresso. - % di ospiti con scheda Valgraf compilata entro 45 giorni dall'ingresso - % di schede Valgraf aggiornate entro i 6 mesi dall'ultima valutazione o al cambio clinico

8. Qualità della vita, demenza, approccio protesico e partecipazione

Obiettivo: migliorare la qualità della vita degli ospiti, con particolare attenzione alle persone con demenza, consolidando l'approccio protesico, le attività di animazione significative e la partecipazione, attraverso formazione specifica del personale, progetti individualizzati e strumenti di valutazione del benessere, nel rispetto della centralità della persona, della dignità e del benessere psico-fisico e relazionale.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Media	- Formare il personale sull'approccio protesico e su modelli di cura per la demenza (es. Gentle-Care o modelli adottati dalla struttura) - Elaborare e attuare progetti individualizzati per ospiti con demenza - Potenziare attività di animazione significative e partecipate	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari	Formazione specifica, strumenti di valutazione dei progetti individualizzati, attività di animazione	2026: --- 2027: formazione del personale e avvio attività 2028: implementazione di progetti individualizzati e attività mirate	- % operatori interessati formati su approccio protesico e/o modelli di cura per la demenza N. attività individualizzate realizzate per ospiti con demenza

9. Coinvolgimento di ospiti, familiari e territorio

Obiettivo: rafforzare l'apertura al territorio e il coinvolgimento degli ospiti, promuovendo la partecipazione a convegni, mostre e manifestazioni e favorendo iniziative che valorizzino il legame con la comunità, in coerenza con gli obiettivi di "Cultura e territorio" del PIAO 2026-2028.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Bassa	- Promuovere la partecipazione degli ospiti a iniziative culturali, convegni, mostre e manifestazioni sul territorio - Favorire iniziative in struttura aperte alla cittadinanza e al territorio	Direzione, con il Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari e il Responsabile della Qualità	Tempo dedicato, coordinamento con soggetti territoriali, supporto organizzativo per iniziative, attività di studio e sperimentazione	2026: ricognizione delle opportunità di apertura al territorio e prime iniziative 2027: consolidamento 2028: consolidamento	- N. iniziative culturali o aperte al territorio realizzate con partecipazione degli ospiti

10. Formazione, competenze e benessere organizzativo

Obiettivo: assicurare la copertura della formazione obbligatoria e lo sviluppo di competenze specifiche, migliorando il clima organizzativo e il benessere del personale, attraverso un piano formativo triennale, il monitoraggio della copertura formativa, la rilevazione periodica del clima e l'attivazione di azioni di miglioramento sulle criticità emerse, in coerenza con gli obiettivi di valorizzazione del capitale umano e di qualità dei servizi previsti nel PIAO e nella Carta dei servizi.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Alta	- Definire e attuare un piano formativo triennale coerente con le esigenze assistenziali e organizzative - Monitorare la copertura della formazione obbligatoria e specifica - Effettuare una rilevazione periodica del clima organizzativo	Responsabile della formazione	Piano formativo, strumenti di rilevazione del clima	2026: attuazione del primo anno di piano formativo 2027: rilevazione del clima organizzativo e prosecuzione formazione 2028: prosecuzione	- % personale destinatario della formazione obbligatoria che ha completato la formazione prevista - % corsi specifici previsti dal piano formativo effettivamente realizzati - Trend dell'indice di clima organizzativo rilevato dalla struttura

11. Digitalizzazione, gestione documentale e tracciabilità

Obiettivo: incrementare l'informatizzazione dei processi prioritari (cartella, PAI, farmaci, eventi), migliorando la tracciabilità, la completezza e la qualità della documentazione, attraverso la ricognizione dei processi digitalizzabili, l'implementazione graduale di moduli e cartella informatizzata, la formazione all'uso e il monitoraggio dell'utilizzo, in coerenza con gli indirizzi di transizione digitale e di efficienza dei processi previsti nel PIAO.

Priorità	Azioni principali	Responsabile del processo	Risorse chiave	Tempi di attuazione (2026-2028)	Indicatori di verifica
Medio/Bassa	- Integrazione di alert in tempo reale per la prevenzione degli errori clinici - Estrazione automatizzata dei dati per il monitoraggio dei report di qualità - Definizione di procedure di emergenza per garantire le cure in caso di blocco dei sistemi - Audit periodici sugli accessi e protezione della privacy dei dati sensibili	Direttore dei servizi sanitari e sociosanitari con Responsabile della Qualità	Software gestionale, moduli informatizzati, formazione specifica, supporto tecnico	2026: ricognizione dei processi 2027: implementazione dei moduli prioritari 2028: implementazione dei moduli prioritari	- % di prescrizioni o piani assistenziali aggiornati a seguito di un alert del sistema (target 100%) - Tempo medio di generazione dei report interni (<3 ore) - N. di simulazioni annuali di blackout informatico eseguite con successo dal personale (almeno 1 all'anno) - % di profili utente verificati e allineati alle reali mansioni del personale (target 100%)