

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 73 DEL 25/06/2021

OGGETTO: Assegnazione per l'anno 2021 del budget ai centri di attività e di risorsa

Sottoscritto dal Direttore Generale

Dott. Stefano Dorbolò

nominato con Delibera della Giunta Regionale n.2267 del 27.12.2019

Su proposta della S.S.D. Programmazione e Controllo,

preso atto del parere favorevole sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile da parte dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici

<i>Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica</i>		<i>Profilo della regolarità contabile</i>
<p>IL RESPONSABILE ad interim DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo</p> <p>dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i></p> <p>data 24 giugno 2021</p>	<p>IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO</p> <p>dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i></p> <p>data 24 giugno 2021</p>	<p>IL RESPONSABILE DELLA S.C. GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA</p> <p>dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i></p> <p>data 24 giugno 2021</p>

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamato il proprio regolamento relativo al processo di programmazione e budget, approvato con decreto del Direttore Generale n. 32 dd. 5/4/2016;

Richiamate le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021, approvate in via definitiva con la DGR n. 189 dd. 12/2/2021;

Visti i propri decreti n. 29 dd. 14/4/2021 e n. 44 dd. 14/5/2021 con i quali è stato adottato e successivamente integrato secondo le indicazioni inviate da ARCS, il Piano Attuativo Ospedaliero – PAO 2021, che comprende il bilancio preventivo 2021, redatto garantendo il rispetto dei vincoli operativi previsti dalla succitata DGR;

Dato atto che, relativamente ad obiettivi e valutazione individuale, le disposizioni del presente provvedimento non si applicano al personale di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità, sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, triennio 2016-2018, per il quale si procederà all'implementazione del percorso della valutazione individuale, secondo le indicazioni già contenute nel DM 20/11/2019 e i successivi provvedimenti integrativi;

Ritenuto *in primis* di individuare i centri di attività e di risorsa aziendali, così come elencati nell'**allegato 1**, facente parte integrante del presente provvedimento, coerenti con l'assetto previsto dall'atto aziendale attualmente vigente, di cui al proprio decreto n. 100/2016;

Preso atto che nel corso delle negoziazioni intervenute fra i responsabili dei centri di attività e la Direzione Strategica, sono stati assegnati gli obiettivi, tenendo conto delle osservazioni rilevate dai singoli responsabili di struttura, per ciascuna delle linee di attività programmate per l'anno 2021, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e della produttività collettiva per il personale di comparto;

Ritenuto, pertanto, di procedere alla formale approvazione dei predetti obiettivi, così come inviati ai responsabili a seguito degli incontri di negoziazione, sottoscritti dai responsabili dei Centri di attività aziendali come da documentazione agli atti presso la SSD Programmazione e controllo, e riportati nelle schede allegate al presente provvedimento quale sua parte integrante (**allegato 2**);

Dato atto che il nuovo CCNL 2016-2018 Area Sanità introduce ulteriori regole specifiche ed in particolare all'art 93 c. 3 prevedendo che *“gli obiettivi e i livelli di prestazione, preventivamente illustrati dal dirigente responsabile dell'articolazione aziendale a tutti i dirigenti dell'unità operativa, sono assegnati formalmente a ciascuno di essi anche secondo la tipologia degli incarichi agli stessi conferiti”*;

Verificato che, ai sensi del *Regolamento per la disciplina degli "incarichi di funzione" del personale del comparto sanità* (decreto n. 52/2020) e della *"Definizione dei criteri degli incarichi di funzione e individuazione degli incarichi di funzione dell'IRCCS Burlo Garofolo ai sensi dell'art. 14 e successivi del CCNL relativo al personale del comparto sanità triennio 2016-2018"* (decreti n. 60/2020 e n. 19/2021), gli incarichi sopra regolamentati sono oggetto di valutazione secondo le modalità previste dal sistema di valutazione della prestazione individuale aziendale e comunque alla scadenza dell'incarico, tanto sotto il profilo professionale che del raggiungimento degli obiettivi annualmente attribuiti dall'IRCCS nel rispetto della normativa vigente;

Considerato, inoltre, che in attuazione delle summenzionate Linee Guida ministeriali, l'Istituto sta avviando un percorso di valorizzazione della performance individuale in applicazione al CCNL 2016-2018 Area Sanità, partendo con i ruoli della dirigenza e del comparto - limitatamente ai titolari di incarichi di organizzazione - attraverso il recepimento delle cd "matrici di responsabilità", redatte dai responsabili di SC /SSD, già implementate in sede di budget 2020 e che consentono di evidenziare l'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi aziendali;

Verificato che tali matrici sono conservate agli atti della SSD Programmazione e controllo con nota GEN INT 1054/2021, che potranno subire modifiche in base all'inserimento di nuovo personale e che verranno inviate alla SSD Politiche del Personale per l'inserimento nel fascicolo personale;

Considerato che la valutazione degli obiettivi che prevedono una soglia numerica verranno valutati con il seguente criterio:

valore 2021 inferiore alla soglia del 50%: OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

valore 2021 compreso tra il 50% e il 25%: OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 50%

valore 2021 inferiore alla soglia del 25%: OBIETTIVO RAGGIUNTO IN PROPORZIONE RISPETTO ALLA SOGLIA;

Ritenuto di procedere all'assegnazione dei budget di risorsa, secondo i centri individuati all'allegato 1 e per le voci e gli importi dettagliatamente indicati nell'allegato prospetto facente parte integrante del presente provvedimento (**allegato 3**), coerenti con il costo complessivo esposto nel bilancio preventivo 2021, e con specifica evidenza dei costi collegati all'emergenza epidemiologica in corso;

Atteso che, al fine di garantire il raggiungimento di tutte le linee di progettualità aziendali evidenziate nel PAO 2021, è stato individuato il Direttore di area di riferimento e i responsabili delle diverse progettualità, così come formalizzati nell'**allegato 4**;

Visto che i contenuti del presente provvedimento sono soggetti agli obblighi di trasparenza così come previsto dall'art. 10 c.8 del D.lgs n. 33/2013;

Considerato che il provvedimento è presentato dal Direttore ad interim della SSD Programmazione e controllo che ne attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

Acquisiti i pareri favorevoli del sostituto del Direttore Amministrativo, del sostituto, del Direttore Sanitario e del Direttore Scientifico ad interim;

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di individuare i centri di attività e di risorsa aziendali per l'esercizio 2021, così come elencati nell'**allegato 1**, facente parte integrante del presente provvedimento;
2. di procedere alla formale approvazione degli obiettivi di attività assegnati ai centri di attività aziendali individuati per l'anno 2021, così come riportati nella tabella riepilogativa allegata al presente provvedimento (**allegato 2**);
3. di recepire le matrici di responsabilità con l'identificazione dell'apporto individuale dei dirigenti e del comparto, limitatamente alle posizioni organizzative, conservate agli atti della SSD Programmazione e controllo con nota prot. GEN INT 1054/2021, che potranno subire modifiche in base all'inserimento di nuovo personale e che verranno inviate alla SSD Politiche del Personale per l'inserimento nel fascicolo personale;
4. di prendere atto che la valutazione degli obiettivi che prevedono una soglia numerica verranno valutati con il seguente criterio:
valore 2021 inferiore alla soglia del 50%: OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
valore 2021 compreso tra il 50% e il 25%: OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 50%
valore 2021 inferiore alla soglia del 25%: OBIETTIVO RAGGIUNTO IN PROPORZIONE RISPETTO ALLA SOGLIA;
5. di assegnare il budget di risorsa secondo i centri individuati all'allegato 1 e per le voci e gli importi dettagliatamente indicati nell'allegato prospetto facente parte del presente provvedimento (**allegato 3**);
6. di individuare i referenti delle linee progettuali 2021, ai quali è assegnato il compito di coordinare le azioni necessarie al raggiungimento delle medesime progettualità, così come elencati nell'**allegato 4**;
7. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance", così come previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza (d.Lgs n. 33/2013).

L'onere relativo al presente provvedimento rientra nei fondi contrattuali dell'esercizio 2021 attribuiti al budget di risorsa "SSD Politiche del Personale" e viene imputato al Bilancio d'esercizio nei ruoli del personale:

- al sottomastro 100 e 200, conto 30 "*indennità di risultato*" dirigenza medica e veterinaria, universitaria, e non medica;
- al sottomastro 300 "*indennità di risultato*" dei rispettivi ruoli della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa;

- al sottomastro 400 "retribuzione per produttività personale" dei rispettivi ruoli del comparto;
- al sottomastro 100 e 200, conto 90 "oneri sociali su retribuzioni" dirigenza medica e veterinaria, universitaria, e non medica;
- al sottomastro 900 "oneri sociali su retribuzioni" dei rispettivi ruoli della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa;
- al sottomastro 700 "oneri sociali su retribuzioni" dei rispettivi ruoli del comparto;
- al conto 400.100 "IRAP relativa al personale dipendente".

Il presente provvedimento diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. n. 21/1992 come sostituito dall'art. 50 della L.R. n. 49/1996, alla data di esecuzione all'Albo dell'Ente.

Il presente provvedimento diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, dalla data di pubblicazione all'Albo aziendale telematico.

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO AD INTERIM	IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE SANITARIO
<p>dott.ssa Daniela Zaro atto firmato digitalmente data 25 giugno 2021 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 24 del 03.03.2020</p>	<p>prof. Paolo Gasparini atto firmato digitalmente data 25 giugno 2021 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 92 del 31.07.2020</p>	<p>prof. Egidio Barbi atto firmato digitalmente data 25 giugno 2021 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 25 del 09.03.2020</p>

DIRETTORE GENERALE
<p>Dott. Stefano Dorbolò atto firmato digitalmente</p>

ELENCO ALLEGATI:
<p>1. Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'esercizio 2021 2. Obiettivi di attività 2021 3. Assegnazione del Budget di risorsa anno 2021. 4. Referenti linee progettuali PAO 2021</p>

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANO DORBOLO'

CODICE FISCALE: DRBSFN64E08L483U

DATA FIRMA: 29/06/2021 16:48:01

IMPRONTA: 8264EBC31B0A3BAA70021D546AF759E993F740A7B8AA803914B20A6EE5D9EAF7
93F740A7B8AA803914B20A6EE5D9EAF753AF88E9DAFFE0BCBB41C2BEA388D684
53AF88E9DAFFE0BCBB41C2BEA388D6848DAC7F44BD66DA91EE1848F41337548F
8DAC7F44BD66DA91EE1848F41337548FC7B0A43836501EE73C87D218F3B31384

Allegato 1

Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'anno 2021

ELENCO CENTRI di ATTIVITÀ PER L'ANNO 2021

Dipartimento Struttura

Direzione Generale

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
UFFICIO FORMAZIONE
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA)

Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE TECNICO AMMINISTRATIVA

Direzione Sanitaria

DIREZIONE SANITARIA
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
SSD FARMACIA

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento di Pediatria

S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA
S.C. ONCOEMATOLOGIA
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

Dipartimento di Chirurgia

S.C. OCULISTICA
S.S.D. ODONTOSTOMATOLOGIA
S.C. CHIRURGIA
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dipartimento Materno - Neonatale e delle Terapie Intensive

S.C. NEONATOLOGIA
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE
S.C. GENETICA MEDICA
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI

ELENCO CENTRI di RISORSA PER L'ANNO 2021

Dipartimento

Struttura

Direzione Generale

UFFICIO FORMAZIONE

Direzione Sanitaria

DIREZIONE SANITARIA

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI
S. S. D. POLITICHE DEL PERSONALE
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARTINA VARDABASSO

CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I

DATA FIRMA: 29/06/2021 11:25:06

IMPRONTA: 2A9601397192332AE268B23B1785D0D8A59AA9CCA6DDCB9A9A7C3B332A6EFE82
A59AA9CCA6DDCB9A9A7C3B332A6EFE82910DF5E786EE532F1B72122C88EE40D9
910DF5E786EE532F1B72122C88EE40D907F8DE74C5803EAF959623754C155558
07F8DE74C5803EAF959623754C15555807F680226F16F70EF0155C9AFCDA1333

Allegato 2

Obiettivi di attività 2021

Direzione Generale	
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP).....	1
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3
UFFICIO FORMAZIONE.....	5
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA).....	7
Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa	
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI.....	9
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA.....	11
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI.....	13
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE.....	16
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	18
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE TECNICO AMMINISTRATIVA	21
Direzione Sanitaria	
DIREZIONE SANITARIA.....	23
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	26
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	29
SSD FARMACIA	31
Direzione Scientifica	
DIREZIONE SCIENTIFICA.....	34
Dipartimento di Pediatria	
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA.....	36
S.C. ONCOEMATOLOGIA.....	40
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	43
S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	46
Dipartimento di Chirurgia	
S.C. OCULISTICA	48
S.S.D. ODONTOSTOMATOLOGIA.....	50
S.C. CHIRURGIA.....	53
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	55
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.....	57
Dipartimento Materno – Neonatale e delle Terapie Intensive	
S.C. NEONATOLOGIA	59
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	62
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA.....	64
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE.....	66
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO.....	68
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA.....	71
Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata	
S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE	73
S.C. GENETICA MEDICA.....	75
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA	77
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE.....	79
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	81

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (URP)

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	C		5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
8.2		Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	C		10	realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - registrazione di almeno 5 non conformita' nel registro delle anomalie con completezza di trattamento e verifica di efficacia Presenza di 5 NC complete in BORA; - aggiornamento documentazione con vetusta' > 3 anni Presenza procedure URP aggiornate; - customer interna valorizzando "una giornata con l'URP (subordinato a commitment della Direzione e/o obiettivo per strutture) Calcolo delle % alle risposte del questionario con evidenza criticita'.		
8.3		Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	C		10	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: completamento analisi dei rischi dei processi e trend Presenza fasi e sottofasi complete di calcolo del rischio per processi primari URP in PROSA Exprit		
9.2		Risposta ai reclami entro 30 giorni.	SI	C		10	Risposta ai reclami entro 30 giorni per almeno l'80% dei casi.		evidenza documentale.
9.3		Implementare la comunicazione tramite canali social.	SI	C		10	Attivare il profilo linkedin ed il profilo Instagram dell'IRCCS e garantire la comunicazione coerente con la politica aziendale.		evidenza documentale.
9.5		Scuola in Ospedale.	SI	C		10	Realizzazione di progettualita' a sostegno della lettura-promozione delle attivita' della Scuola in Ospedale.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (URP)

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	11.2	Svolgere attivita' di formazione/aggiornamento sui temi della comunicazione e relazioni con il pubblico.	SI	C	10		Erogato almeno 1 corso di formazione/aggiornamento.		
	11.3	Convenzione Nautico-Galvani per l'effettuazione di percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento (PCTO)	SI	C	10		Realizzazione di almeno un progetto PCTO.		evidenza documentale.
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	C	10		- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura	100%; 100%	
	15.1	Mantenere il sito aziendale.	SI	C	15		Aggiungere contenuti/strutture/progetti di carattere sanitario e comunicazione con l'utenza.		evidenza documentale.
5	10.16	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP.	NO	C			1. Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attivita' sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche; 2. Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualita' e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla regione FVG.		1. n. atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2021; 2. n. valutazioni formali al 31.12.2021.
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	E	10	10	Realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - aggiornamento documentazione con vetusta' > 3 anni; - completamento analisi dei rischi dei processi e trend in PROSA; - registrazione di almeno 5 non conformita' nel registro delle anomalie con completezza di trattamento e verifica di efficacia.		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	E	10	10	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: - redigere una procedura relativa alla verifica e inserimento dei flussi sanitari nel portale NSIS		
	10.22	Predisposizione mod. CP cosi' come previsto dall'art. 3, c. 3 del DM 24.05.2019.	SI	E	10	10	Predisposizione del mod. CP entro i termini previsti.		entro il 30/9/2021
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	E	10	10	1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
	14.3	Progetto Bussola- miglioramento delle modalita' di rilevazione,elaborazione e determinazione dei costi standard.	SI	E	10	10	Partecipazione agli eventi formativi organizzati e invio dei dati richiesti		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
8.3	15.4	Sistema Informativo gestione economica finanziaria e economato. Contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI	E	10	10	1) Partecipazione al 90% delle riunioni convocate; 2) eventuale avvio del sistema secondo il cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarita' delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo.		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	E	10	10	Pubblicazione, mensile su intranet, del report di monitoraggio consumi delle SC/SSD.		
1	16.4	Rendicontazione costi COVID-19.	SI	E	10	10	Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.		evidenza documentale.
14.2.10	16.5	Gestione fondi statali COVID - 19.	SI	E	10	10	Gestione fondi statali COVID-19 - Provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.		evidenza documentale.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
2.3	3.2	Coordinare il programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	C		10	- Entro 31/12/2021: collaborare alla realizzazione di un evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	C		10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	C		10	realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - registrazione di almeno 10 non conformita' nel registro delle anomalie con completezza di trattamento e verifica di efficacia - completamento analisi dei rischi dei processi e trend - completare il percorso di adesione alpercorso ISO 21001		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	C		10	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: realizzare una customer interna vs reparti		
	8.5	Percorso nascita: Trasporto in emergenza materno e neonatale: Monitorare le attivita' di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promuovere la formazione per gli operatori coinvolti.	SI	C		10	Evidenza del supporto ad almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento		
11.5.2	11.4	Programmazione della formazione.	SI	C		10	1) Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della Formazione entro il 31.03.2021; 2) eventuale aggiornamento del Piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PRF; 3) redazione ed invio della Relazione annuale sulle attivita' formative 2020 entro il 31.05.2021.		1) 31.03.2021, 2) 30 gg dall pubbl.PRF, 3) 31.05.2021.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	C		10	- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
8.1	15.2	Sistema informativo di gestione della formazione - contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI	C		10	Partecipare alle attivita' svolte per l'attivazione del sistema e fornire contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni.		
8.1	15.3	Completare l'attivazione e messa a punto del sistema in accordo con le indicazioni di DCS organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo.	SI	C		10	Completare l'attivazione del sistema entro il 31.12.2021.		
	16.7	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	C		10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	E	10	10	realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - trend rischi di processo e completamento analisi dei rischi in PROSA; -registrazione di almeno 5 non conformita' nel registro delle anomalie con completezza di trattamento e verifica di efficacia; - sopralluogo post lavori di ristrutturazione in Oncoematologia		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	E	10	10	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: garantire la formazione in qualita' di docente su corretto uso DPI.		
	10.18	Logistica - proseguire nel percorso di risoluzione delle criticita' logistiche dell'Istituto mediante l'acquisizione degli spazi degli edifici attigui all'Istituto.	SI	E	10	10	Relazione tecnica di supporto di supporto per il piano strutturale con la SC Gestione Tecnica per gli aspetti di sicurezza collegati allo spostamento presso la nuova sede degli uffici e degli ambulatori		
	12.2	Supportare nella predisposizione della scheda rischio mansione per il personale delle SC/SSD	SI	E	20	20	Evidenza della collaborazione		
	12.3	Implementare i DVR aziendali	SI	E	30	30	- Proseguire l'aggiornamento dei DVR secondo il Piano di lavoro per l'aggiornamento del DVR entro le scadenze concordate con la Direzione Strategica.		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

**Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	12.4	Supportare il percorso di individuazione, aggiornamento e definizione delle responsabilita' del Responsabile Unico del Procedimento e del Direttore dell'Esecuzione dei lavori	SI	E	10	10	Evidenza di collaborazione		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	E	20	20	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente. 3. Garantire la rendicontazione del PTPCT secondo le scadenze previste.		entro le scadenze previste.
8.2		Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	E	10	10	realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - elaborare una tabella di aggiornamento degli accantonamenti allo specifico fondo per integrazione della copertura centralizzata regionale RCT/RCO; - aggiornamento job description; - completamento analisi dei rischi in PROSA.		
8.3		Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	E	20	20	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: elaborare un cronoprogramma per accordi e convenzioni in funzione delle esigenze della Direzione Sanitaria.		
10.34		Rimodulare e riqualificare gli spazi del plesso ospedaliero ed interventi di espansione: acquisire il comprensorio immobiliare denominato "Opera San Giuseppe",	SI	E	30	30	Atti propedeutici alla formalizzazione dell'acquisizione del comprensorio immobiliare "Opera San Giuseppe".		entro 31/7/2021
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	E	10	10	- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
16.7		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
3.8	10.14	Odontoiatria pubblica - sottoscrivere entro il 31.03.2021 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	NO	E			Sottoscrizione entro il 31.03.2021 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA.		sc. 31.03.2021
5	10.16	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP.	NO	D			1. Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attivita' sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche; 2. Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualita' e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla regione FVG.		1. n. atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2021; 2. n. valutazioni formali al 31.12.2021.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Economico-Finanziaria

**Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	E	10	10	realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - aggiornamento documentazione con vetusta' > 3 anni; - completamento analisi dei rischi dei processi e trend in PROSA; - sottostare ad almeno 1 audit interno		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	E	10	10	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze del Quality report: - Utilizzo del nuovo programma stipendiale		
9.7	10.11	Verifica di regolarita' e correttezza per misura, modalita' e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione.	SI	E	10	10	1) Ricognizione della sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonche' le modalita' di rappresentazione contabile di tale fenomeno; 2) nel caso di sussistenza dello strumento gestionale di che trattasi, trasmettere in ARCS e DCS una relazione illustrativa sulle modalita' di rappresentazione contabile. 3) analisi delle modalita' di registrazione del contratto di partenariato.		1 entro il 30.06.2021 - 2 e 3 entro il 31/12/2021
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10	10	- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Economico-Finanziaria

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
8.3	15.4	Sistema Informativo gestione economica finanziaria e economato. Contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI	E	15	15	1) Partecipazione al 90% delle riunioni convocate; 2) eventuale avvio del sistema secondo il cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarita' delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo.		
1	16.4	Rendicontazione costi COVID-19.	SI	E	10	10	Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.		evidenza documentale.
14.2.10	16.5	Gestione fondi statali COVID - 19.	SI	E	10	10	Gestione fondi statali COVID-19 - Provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.		evidenza documentale.
	16.7	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	E	15	15	Monitoraggio quindicinale delle scadenze dei documenti contabili e contestuale invio dello scadenziario ai CDR. Pagamento nei termini di legge dei documenti verificati.		si.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott. Dario Carlevaris

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	E	10	10	realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - aggiornamento documentazione con vetusta' > 3 anni; - completamento analisi dei rischi dei processi e trend; - registrazione di almeno 5 non conformita' nel registro delle anomalie con completezza di trattamento e verifica di efficacia		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	E	5	5	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze del Quality report: realizzare: implementare sul sistema Bora le richieste di acquisto della Direzione Scientifica		
9.5	10.9	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	SI	E	5	5	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale entro il 31.10.2021.		
9.7	10.11	Verifica di regolarita' e correttezza per misura, modalita' e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione.	SI	E	5	5	1) Ricognizione della sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonche' le modalita' di rappresentazione contabile di tale fenomeno; 2) nel caso di sussistenza dello strumento gestionale di che trattasi, trasmettere in ARCS e DCS una relazione illustrativa sulle modalita' di rappresentazione contabile. 3) avvio del bando di gara entro il 30.06.2021.		1 entro il 30.06.2021 - 2 e 3 entro il 31/12/2021

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

**Responsabile:
dott. Dario Carlevaris**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	10.18	Logistica - proseguire nel percorso di risoluzione delle criticita' logistiche dell'Istituto mediante l'acquisizione degli spazi degli edifici attigui all'Istituto.	SI	E	30	25	Acquisizione delle attrezzature necessarie per il trasferimento presso la sede dell'Opera di San Giuseppe in accordo con le tempistiche dell'esecuzione dei lavori: - entrata delle strutture amministrative nella prima casetta (civico 59); - entrata delle strutture sanitarie nell'attuale studentato		entro 30/9/2021; 31/12/2021
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	C		5	- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
8.3	15.4	Sistema Informativo gestione economica finanziaria e economato. Contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI	E	5	5	1) Partecipazione al 90% delle riunioni convocate; 2) eventuale avvio del sistema secondo il cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarita' delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo.		
8	15.5	Supervisionare e coordinare le linee di gestione 2021, nello specifico: 1) 8.4 - Telemedicina, 8.5 - Ricetta e piano terapeutico dematerializzato, 8.6 - Linee guida integrazione ASSET, 8.7 - Piattaforma di integrazione, 8.8 Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico, 8.9- Censimento apparecchiature, 8.11 - PACS.	SI	E	20	20	Trasmissione alla SSD Programmazione e Controllo dei monitoraggi periodici da inviare alla DCS entro le scadenze previste dalla programmazione regionale.		entro le scadenze previste.
1	16.4	Rendicontazione costi COVID-19.	SI	E	5	5	Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott. Dario Carlevaris

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	16.7	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	E	5	5	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
9.5	10.10	Aggiornamento dello stato patrimoniale.	NO	E			Aggiornamento della base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale entro i termini di chiusura del bilancio 2021 .		
14.2.10	16.5	Gestione fondi statali COVID - 19.	NO	E			Gestione fondi statali COVID-19 - Provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.		evidenza documentale.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	E	5	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	E	5	10	realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - Aggiornamento job description; - completamento analisi dei rischi dei processi e trend in PROSA; - utilizzo nuovo software per la gestione del personale.		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	E	5	10	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze del Quality report: - redazione semestrale di un report relativo all'attuazione della convenzione con la SC Gestione del Personale di ASUGI.		
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	E	5	10	Verifica mensile dell'applicazione degli istituti contrattuali previsti dal regolamento sull'orario di lavoro ed invio ai responsabili delle segnalazioni		
	11.5	Valorizzazione del personale: redigere i regolamenti per la valutazione individuale del personale in linea con le aree contrattuali e con i vigenti CCNL ed effettuare la revisione del regolamento per le borse di studio della ricerca.	SI	E	15	10	Regolamenti condivisi con OOSS e formalmente adottati		entro il 31/12/2020
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	E	10	5	- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	12.6	Definire l'accordo decentrato sulle Risorse Aggiuntive Regionali anno 2021 entro 60 gg dalla DGR relativa all'intesa regionale sulle risorse aggiuntive del personale.	SI	E	5	5	Formalizzazione degli accordi sulle Risorse Aggiuntive Regionali 2021 entro 60 gg. dalla DGR relativa all'intesa regionale sulle risorse aggiuntive del personale.		
1	16.4	Rendicontazione costi COVID-19.	SI	E	10	10	Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.		evidenza documentale.
14.2.10	16.5	Gestione fondi statali COVID - 19.	SI	E	10	10	Gestione fondi statali COVID-19 - Provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.		evidenza documentale.
	16.7	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
	16.8	Monitorare il costo del personale secondo le indicazioni le disposizioni legislative vigenti	SI	E	20	10	Invio periodico alla Direzione Strategica del cruscotto di monitoraggio del costo del personale		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale

**Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	E	5	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	E	5	10	realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - aggiornamento documentazione con vetusta' > 3 anni; - completamento analisi dei rischi dei processi e trend; - registrazione di almeno 5 NC nel registro informatizzato.		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	E	5	5	Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: formalizzare il sistema qualita' dei gas medicali.		
9.7	10.11	Verifica di regolarita' e correttezza per misura, modalita' e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione.	SI	E	15	5	1) Ricognizione della sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonche' le modalita' di rappresentazione contabile di tale fenomeno; 2) nel caso di sussistenza dello strumento gestionale di che trattasi, trasmettere in ARCS e DCS una relazione illustrativa sulle modalita' di rappresentazione contabile. 3) avvio del bando di gara entro il 30.06.2021.		1 entro il 30.06.2021 - 2 e 3 entro il 31/12/2021

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale

**Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
10.1.8	10.17	Investimenti - Sviluppo, mediante una collaborazione con ASUGI ed ARCS di una valutazione congiunta sull'area complessiva della sede attuale e di quella della nuova acquisizione, che preveda, oltre all'eventuale vendita della stessa, anche la sua conversione, ad avvenuto trasferimento della nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara in una o piu' strutture di assistenza intermedia di cui all'art. 20 della L.R. 22/2019, come stabilito con parere del NVISS n. 1824 - EDI2223 - IB - IN.	SI	E	5	5	Redigere un documento di sviluppo, in collaborazione con ASUGI ed ARCS di una valutazione congiunta sull'area complessiva della sede attuale e di quella della nuova acquisizione, che preveda, oltre all'eventuale vendita della stessa, anche la sua conversione, ad avvenuto trasferimento della nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara in una o piu' strutture di assistenza intermedia di cui all'art. 20 della L.R. 22/2019, come stabilito con parere del NVISS n. 1824 - EDI2223 - IB - IN.		entro il 31.12.2021.
	10.18	Logistica - proseguire nel percorso di risoluzione delle criticita' logistiche dell'Istituto mediante l'acquisizione degli spazi degli edifici attigui all'Istituto.	SI	E	25	20	Esecuzione dei lavori necessari per il trasferimento degli uffici amministrativi ed identificazione degli spazi da dedicare all'attivita' ambulatoriale: - entrata delle strutture amministrative nella prima casetta (civico 59); - entrata delle strutture sanitarie nell'attuale studentato (civico 63).		entro 30/9/2021; 31/12/2021
	10.34	Rimodulare e riqualificare gli spazi del plesso ospedaliero ed interventi di espansione: acquisire il comprensorio immobiliare denominato "Opera San Giuseppe",	SI	E	20	15	Atti propedeutici alla formalizzazione dell'acquisizione del comprensorio immobiliare "Opera San Giuseppe".		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	E	5	10	- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
1	16.4	Rendicontazione costi COVID-19.	SI	E	10	10	Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale

**Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	16.7	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	E	5	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
14.2.10	16.5	Gestione fondi statali COVID - 19.	NO	E			Gestione fondi statali COVID-19 - Provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.		evidenza documentale.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
7.2		Attivita' di referenza per la comunicazione istituzionale dell'IRCS.	SI	E	10	15	Supporto alle attivita' di comunicazione istituzionale ai fini del coordinamento e controllo finale dei contenuti veicolati attraverso i comunicati e conferenze stampa, sito internet, social net - Relazione entro il 31.12.2021.		evidenza documentale.
12.1	10.20	Atto aziendale: 1. proposta di collazione funzioni e attivita' (ART. 54 lr 22/2019); 2. proposta atto aziendale (art. 54 LR 22/2019)	SI	E	30	30	Trasmissione ad ARCS e DCS della proposta dell'atto aziendale in linea con le funzioni gia' inviate con nota prot. n. 3298 dd. 31.03.		sc. 31.08.2021.
10.27		Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca e favorire un approccio multidisciplinare tra i professionisti in un sistema a reti integrate.	SI	E	30	30	Invio alla Direzione strategica del documento relativo alla riorganizzazione sulla base delle proposte fatte dalle strutture nel 2020		
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	E	10	15	- Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio elevato o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio alto - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		
12.7		Studio di fattibilita' sulla costituzione del Servizio Ispettivo dell'IRCCS.	SI	E	10	10	Analisi della normativa nazionale vigente, disciplinante la costituzione, le funzioni e le competenze dell'organismo. - Redazione del testo in bozza del decreto di costituzione e del regolamento di funzionamento entro il 31.12.2021.		evidenza documentale.
12.8		Monitoraggio degli adempimenti di direzione per l'anno 2021.	SI	D	10		Predisposizione e aggiornamento continuo del monitoraggio degli adempimenti di direzione per l'anno 2021.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
2.3	3.2	Coordinare il programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	E	5	5	- Elaborare un progetto per l'avvio dello screening regionale per la fibrosi cistica da inviare alla DCS		entro il 31/12/2021
3.2	3.4	Partecipazione alla survey AGENAS sul monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella.	SI	E	10	10	1) Effettuare la survey AGENAS sul monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella; 2) registrare almeno una buona pratica nel database fornito da AGENAS; 3) avvio del programma secondo le indicazioni del tavolo regionale RM.		
2	3.5	Monitorare la qualita' della cartella clinica.	SI	E	5	5	1) Valutazione di 5 cartelle verificate a bimestre= 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura con elaborazione di report semestrali per ogni Struttura; 2) Restituzione dei risultati delle verifiche alle strutture interessate (direttore, coordinatore, link professional)		evidenza documentale.
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	E	5	5	1 articolo accettato		
	8.4	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	E	5	5	- Evidenza di partecipazione alle attivita' previste dall'ente accreditante - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'allattamento		
	8.6	Esecuzione dei sopralluoghi per le strutture certificate.	SI	E	5	5	Certificazioni post ristrutturazione delle strutture		
	8.7	Supporto ai piani di miglioramento e agli obiettivi di qualita' delle strutture certificate.	SI	E	5	5	Supporto ai piani di miglioramento e agli obiettivi di qualita' delle strutture certificate.		
	8.8	Avviare il progetto Fast Quality.	SI	E	5	5	Raccolta delle "pillole" settimanali/bisettimanali denominate "Fast Quality".		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
3.3	13.3	Disturbi spettro autistico. Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'eta' evolutiva e quelli per l'eta' adulta.	SI	E	5	5	Inviare una relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della DCS sulle progettualita' elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA entro il 31.12.2021.		entro il 31.12.2021.
4.5	13.4	Salute mentale. Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'eta' evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Eta' Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	SI	E	5	5	Trasmettere alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'eta' evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021.		evidenza documentale.
	13.8	Percorso nascita: applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in eta' precoce e i neonati esposti elaborati in azienda.	SI	E	5	5	- Evidenza e applicazione dei protocolli ; - Evidenza biennale della casistica 2020-2021.		evidenza documentale.
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	E	10	10	Monitoraggio delle richieste di riapertura delle SDO: - trasmissione dei dati del I quadrimestre alla Direzione Sanitaria e alla SSD Programmazione; - invio periodico alle Strutture; - valutazione riapertura ultimo quadrimestre.		evidenza documentale.
6.9	15.7	Sangue ed emocomponenti: implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata	SI	E	10	10	- Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD)		evidenza documentale
	15.10	Avvio Order Entry per la radiologia.	SI	E	10	10	Evidenza dell'attivita' di avvio dell'ORDER ENTRY per la radiologia.		
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	E	10	10	1) Monitorare ed adeguare l'offerta; 2) inviare alla Direzione Sanitaria e alla SSD Programmazione il riscontro mensile sull'andamento e le azioni di adeguamento.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

**Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

**Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	E	5	5	1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	3.3	Rischio Clinico - Superamento della contenzione come previsto dalla DGR n. 1904/2016.	SI	E	5	5	Aggiornamento dei componenti di commissione e pianificazione della formazione specifica sul tema.		evidenza documentale.
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	E	10	10	1.Mantenimento di progetti di ricerca specifici per l'area assistenziale 2.Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta.	lfnc=5,80; n.3	=2020 +/-10%
	8.4	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	E	10	10	- Evidenza di partecipazione alle attivita' previste dall'ente accreditante - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'allattamento		Evidenza delle attivita' effettuate.
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	E	5	5	Per quanto di competenza: miglioramento del rapporto del tempo chirurgico sul tempo seduta rispetto alla prima osservazione. Se tempo chir/tempo seduta >= 50% si chiede un incremento del 5% Se tempo chir/tempo seduta < 50% si chiede un incremento del 10%		
6.8	10.8	Pediatria: Identificazione di un modello Hub and Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	E	5	5	Entro il 31/12/2021 e' definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		entro il 31.12.2021.
6.8	10.25	Rete oncologica pediatrica. Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilita' e sua formalizzazione.	SI	E	5	5	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021.		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	10.33	Progetto di miglioramento di percorsi organizzativi.	SI	E	10	10	Definizione e avvio di un progetto di miglioramento del percorso organizzativo.		evidenza documentale.
	11.6	Analisi quali quantitativa delle dotazioni per la definizione di uno standard di riferimento aziendale.	SI	E	10	10	Valutazione impiego ruolo e funzioni OSS Individuazione di compiti attribuibili al OSS e stima di ridefinizione delle dotazioni quali-quantitative. Predisposizione del documento entro il 31.12.2021.		entro il 31.12.2021.
	11.7	Percorso di specializzazione: valutare l'impatto formativo e la qualita' percepita dei Master per le Professioni Sanitarie organizzati in sinergia con l'Universita' degli Studi di Trieste.	SI	E	10	10	1. Costruito un questionario per la rilevazione dell'impatto formativo e la qualita' percepita. 2. Effettuata la rilevazione.		1) entro il 31.10.2021; 2) entro il 31.12.2021;
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	E	5	5	- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
12.2.1	12.9	Ricognizione delle modalita' di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attivita' interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	SI	E	5	5	Partecipazione per quanto di competenza all'ipotesi riorganizzativa per l'ampliamento del tempo di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche della struttura (RM e TAC).		evidenza documentale.
	15.9	Individuare sul sito dell'Istituto una sezione dedicata alla formazione post-lauream delle Professioni Sanitarie.	SI	E	5	5	Definire ed inserire i contenuti della sezione.		entro il 31.12.2021.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

**Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
16.7		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	E	5	5	Effettuare correttamente e con tempestivita' gli scarichi economici e le verifiche delle acquisizioni evase attraverso il MagRep.		evidenza documentale.
17.4		Introdurre in un primo livello di sperimentazione la cartella BRO (Basso Rischio Ostetrico).	SI	E	5	5	Applicare a livello sperimentale la cartella BRO (Basso Rischio Ostetrico).		evidenza documentale.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

**Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.6	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	SI	E	10	10	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)		evidenza documentale.
9.4	3.7	Monitoraggio applicazione bundle.	SI	E	10	10	Monitorare i bundle per la prevenzione delle ICA ed elaborare i report.		monitorare i bundle e elaborare i report.
9.5	3.8	Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE I SAFER CARE"	SI	E	10	10	Valutazione delle performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati. Restituzione dei risultati delle verifiche alle strutture interessate (direttore, coordinatore e link professional).		evidenza documentale.
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5	5	1 articolo accettato		
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	C	10	10	Per quanto di competenza: miglioramento del rapporto del tempo chirurgico sul tempo seduta rispetto alla prima osservazione. Se tempo chir/tempo seduta >= 50% si chiede un incremento del 5% Se tempo chir/tempo seduta < 50% si chiede un incremento del 10%		
	10.18	Logistica - proseguire nel percorso di risoluzione delle criticita' logistiche dell'Istituto mediante l'acquisizione degli spazi degli edifici attigui all'Istituto.	SI	E	10	10	Garantire le attivita' propedeutiche al trasferimento delle attivita' ambulatoriali.		
	10.31	Proposta sul progetto GREEN HOSPITAL.	SI	E	10	10	Elaborare una proposta per la realizzazione del GREEN HOPITAL.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	10.32	Unificare gli uffici di Programmazione Chirurgica.	SI	E	10	10	Presentare la programmazione alla Direzione Sanitaria in collaborazione con la Direzione delle Professioni.		evidenza documentale.
	12.2	Supportare nella predisposizione della scheda rischio mansione per il personale delle SC/SSD	SI	E	15	15	Supportare le SC/SSD nella predisposizione della scheda rischio mansione in collaborazione con SPPA		
6.10	17.3	Garantire le progettualita' HPH entro le scadenze previste dalle linee di gestione.	SI	E	10	10	Evidenza delle azioni realizzate entro le scadenze previste dalle linee di gestione (Linea 6.10)		entro le scadenze previste.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 37,20 - PUBB= 14	=2020 +/-10%
6.8	6.1	Pediatria: Farmaci galenici pediatrici	SI	D	10		Invio alle aziende regionali il protocollo contenente il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI		
7.2	6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	SI	D	10		Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attivita' del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attivita' annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalita' di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%)		
7.3	6.3	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	SI	D	10		Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo delle attivita' svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno i report. Modalita' di valutazione: Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 40%)		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	6.4	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	SI	D	10		Invio alla DCS di una relazione sull'attivita' del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attivita' annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalita' di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 40%)		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	D	10		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - aggiornamento documentazione >=3anni - proseguire l'analisi del trend rischi di processo e analisi dei rischi in PROSA (almeno un processo inserito). - sottostare ad almeno 1 audit interno sul percorso farmaci antiblastici (isolatore).		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	D	10		Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: per risolvere l'errata richiesta e prescrizione dei farmaci svolgere un incontro dedicato sulla gestione dei farmaci		
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

**Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura , previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
7.5	12.5	Garantire il monitoraggio degli obiettivi collegati alla linea farmaceutica (7.5 -7.7 - 7.8 7.9 - 7.10)	NO	D			Invio della rendicontazione alla SSD Programmazione e controllo per i report trimestrali		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
4.2		Newsletter - Registrare la newsletter presso il registro dei periodici del Tribunale di Trieste.	SI	C		10	Newsletter - Registrazione presso il registro dei periodici del Tribunale di Trieste.		evidenza documentale.
4.3		Supportare i ricercatori nella revisione e presentazione dei prodotti della ricerca al fine del miglioramento del valore di impact factor annuo.	SI	C		10	Evidenza di collaborazione con i ricercatori per la revisione di almeno 3 bandi e 20 articoli pubblicati		>=3 bandi e 20 articoli
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr.n. 23 /2021 dd. 31.3.2021).	SI	C		10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2021. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro le scadenze previste.
7.3		Proseguire l'attivita' di assegnazione dei fondi di ricerca (corrente e 5 per mille) tramite bandi interni	SI	C		20	Bozza di procedura relativa all'iter di assegnazione dei fondi della ricerca (RC e % per mille).		evidenza documentale.
11.5		Valorizzazione del personale: redigere i regolamenti per la valutazione individuale del personale in linea con le aree contrattuali e con i vigenti CCNL ed effettuare la revisione del regolamento per le borse di studio della ricerca.	SI	C		20	Regolamento per la valutazione del personale della ricerca inviato alla SSD Politiche del Personale per condivisione con OOSS entro il 31/10/2021.		entro 31/10/2021
11.9		Valorizzazione del personale: revisione del regolamento per le borse di studio della ricerca.	SI	C		10	- Presentazione del regolamento alla Direzione strategica entro il 30/6/2021; - Adozione del regolamento entro il 30/9/2021		entro 30/6/2021; entro 30/9/2021

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	C		10	1.Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2.Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
16.7		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	C		10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
2.3	3.2	Coordinare il programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	D	5		- Elaborare un progetto per l'avvio dello screening regionale per la fibrosi cistica da inviare alla DCS		
4.1		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 371,19 - PUBB= 140	=2020 +/-12,5%
8.2		Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	5		realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report (per il laboratorio della Clinica pediatrica): - completamento analisi dei rischi dei processi e trend (PROSA); - aggiornamento prestazioni su sito web; - elaborazione piani di convalida dei metodi e attrezzature.		
9.1		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
10.13		Cure palliative pediatriche: registrare le attivita' cliniche collegate alle cure palliative	SI	D	5		Definizione delle modalita' di registrazione sugli applicativi Insiel dell'attivita' svolta in sede e delle attivita' di supporto, supervisione clinica e consulenza all'attivita' di assistenza domiciliare svolte in regione. Applicazione nell'ultimo quadrimestre.		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura	100%; 100%	
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.	1.184.360 toll. 2%	
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	10		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita cardiologica, endocrinologica, dermatologica, gastroenterologica, pneumologica, elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo, sprometria	9694; (518,385,1606,357,152,208,84,428)	

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	16.3	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero ai livelli registrati nell'anno 2019.	SI	D	10		- Valore complessivo del tariffato dell'attivita' di ricovero >=valore registrato nell'anno 2019 (Fonte: SDO) nel periodo da giugno a dicembre	1.961.132	
7.5	17.2	Gestire le terapie con ormone della crescita: garantire, attraverso il team aziendale, la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	SI	D	5		Invio alla DCS entro il 28/02/2022 di un report dell'attivita' di formazione svolta nel 2021, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.	entro il 28/2/2022	
3.7	2.1	Rete cure palliative e terapia del dolore: - Tempi di attesa - Reperibilita' algologica - Appropriatezza prescrittiva - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	NO	D			Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorita', in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	NO	D			Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: avviare l'inserimento delle prestazioni diagnostiche collegate alla celiachia nell'offerta sanitaria dell'IRCCS.		
	10.12	Cure palliative pediatriche:avviare l'organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico e potenziare il Centro Specialistico di riferimento	NO	D			Evidenza del supporto all'elaborazione ed alla diffusione di strumenti per la presa in carico omogenea sul territorio regionale (almeno 2 procedure)		
7.5	17.1	Gestire le terapie con ormone della crescita: attivare un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	NO	D			Evidenza dell'attivazione del team entro il 30/6/2021	entro 30/6/2021	

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 54,30 - PUBB= 25	= 2020 +/- 10%
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	D	10		Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze del Quality report: - Formazione sui nuovi requisiti CNT – adeguamento alle linee di indirizzo ex CSR 5/5/2021.		evidenza documentale
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
6.8	10.25	Rete oncologica pediatrica. Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilita' e sua formalizzazione.	SI	D	10		Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021.		entro il 31.12.2021.
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura , previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio elevato o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio alto . - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		50%; 100%
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari con particolare riferimento per i farmaci oncologici in quanto soggetti a vincolo (budget euro 450.210 = consumi anno 2020).- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		1.417.416 toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	5		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita oncologica		614; 40
	16.3	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero ai livelli registrati nell'anno 2019.	SI	D	15		- Valore complessivo del tariffato dell'attivita' di ricovero >=valore registrato nell'anno 2019 (Fonte: SDO) nel periodo da giugno a dicembre		1.751.864

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	NO	D			realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - aggiornamento documentazione con vetusta' > 2 anni; - completamento analisi dei rischi dei processi e trend; con particolare attenzione all'allestimento dei farmaci antitumorali; - almeno 1 piano di convalida su attrezzature/metodo di allestimento.		
7.9	15.6	CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA La cartella oncologia informatizzata dovra' essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.	NO	D			Avvio della cartella oncologica pediatrica .		entro il 31.12.2021.

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 16,00 - PUBB= 5	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
3.4	10.5	Disturbi del comportamento alimentare: garantire l'attivita' degli osservatori epidemiologici.	SI	D	5		- Entro 30.6.2021: invio congiunto alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati in collaborazione con ASUFC. - Entro 31.12.2021: invio congiunto alla DCS di un report di monitoraggio sulle attivita' e sull'outcome adulti e minori anno 2021.		entro il 30/6/2021; entro il 31/12/2021
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
4.4	13.2	Minori - Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari e potenziare le capacita' di intercettazione precoce di condizioni di fragilita' nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori.	SI	D	5		Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile.		
3.3	13.3	Disturbi spettro autistico. Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'eta' evolutiva e quelli per l'eta' adulta.	SI	D	5		Inviare una relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della DCS sulle progettualita' elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA entro il 31.12.2021.		entro il 31.12.2021.
4.5	13.4	Salute mentale. Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'eta' evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Eta' Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	SI	D	5		Trasmettere alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'eta' evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021.		entro il 31.12.2021.
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		31.830 toll. 2%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzì**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	10		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita neurologica ed elettromiografia		3854; 273 e 132
	16.3	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero ai livelli registrati nell'anno 2019.	SI	D	15		- Valore complessivo del tariffato dell'attivita' di ricovero >=valore registrato nell'anno 2019 (Fonte: SDO) nel periodo da giugno a dicembre		468.099
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

**Responsabile:
dott. Alessandro Amaddeo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 86,05 - PUBB= 28	=2020 +/-12,5%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
6.2	10.7	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Mantenere/migliorare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitarli entro 1h e la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4h.	SI	D	10		- Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) - Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)		=2019
	10.36	Elaborare un protocollo per la sedazione con ketamina per il trattamento delle procedure dolorose fatte da pazienti che afferiscono al PS.	SI	D	10		Protocollo elaborato e monitoraggio dell'attivita' svolta in autonomia.		
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

**Responsabile:
dott. Alessandro Amaddeo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, in corso di validita' del personale della operante nella struttura , previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio elevato o videnza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
14.1		Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
14.2		Implementare i ricoveri nei pl assegnati alla struttura secondo l'intensita' di cura	SI	D	20		Riduzione del numero di OBI>36 ore rispetto al 2020	43	43
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		92.960 toll. 2%
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
2.3	3.2	Coordinare il programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	D	10		- Collaborare con la SCR Epidemiologia all'individuazione degli indicatori di processo per il programma di screening visivo e comunicazione alla Direzione centrale salute - Revisione/aggiornamento delle procedure per screening visivo,		entro 30/6/2021; entro il 31/12/2021
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 10 - PUBB= 4	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	D	15		Miglioramento del rapporto del tempo chirurgico sul tempo seduta rispetto alla prima osservazione (I quadrimestre) Se tempo chir/tempo seduta >= 50% si chiede un incremento del 5% Se tempo chir/tempo seduta < 50% si chiede un incremento del 10%		dati ultimo quadrimestre
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo	35.076 - toll. 2%	
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	15		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita oculistica e fotografia del fundus	4001;	1599 e 65

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 11,40 - PUBB= 3	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	D	15		Miglioramento del rapporto del tempo chirurgico sul tempo seduta rispetto alla prima osservazione (I quadrimestre) Se tempo chir/tempo seduta >= 50% si chiede un incremento del 5% Se tempo chir/tempo seduta < 50% si chiede un incremento del 10%		dati ultimo quadrimestre
3.8	10.2	Garantire il rispetto degli indicatori previsti nell'ambito dell'odontoiatria pubblica	SI	D	10		- mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; - raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 e' risultata < 1; - raggiungimento di una media aziendale annua di almeno 1400 prestazioni/riunito; - percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere: inferiore al 40%		parametrizzato a 3 poltrone

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		51.472 toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	15		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita odontostomatologica. Nota: in proporzione ai riuniti utilizzabili rispetto al 2019 in seguito alla pandemia Covid.		1627; 754
3.8	10.15	Odontoiatria pubblica - definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nell'attivita'.	NO	D			Definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nell'attivita'.		evidenza documentale entro il 31.12.2021.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

**Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 19,00 - PUBB= 8	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	D	20		Miglioramento del rapporto del tempo chirurgico sul tempo seduta rispetto alla prima osservazione. Se tempo chir/tempo seduta >= 50% si chiede un incremento del 5% Se tempo chir/tempo seduta < 50% si chiede un incremento del 10%		dati ultimo quadrimestre
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

**Responsabile:
dott. Jurgen Schleef**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		263.859 - toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	20		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre - compresa l'attivita' erogata presso le sedi di ASFO; -Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita urologica		1928; 110
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
2.3	3.2	Coordinare il programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	D	10		- Collaborare con la SCR Epidemiologia all'individuazione degli indicatori di processo per il programma di screening uditivo e comunicazione alla Direzione centrale salute - Revisione/aggiornamento delle procedure per screening uditivo		entro 30/6/2021; entro il 31/12/2021
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 3 - PUBB= 5	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	D	15		Miglioramento del rapporto del tempo chirurgico sul tempo seduta rispetto alla prima osservazione (I quadrimestre) Se tempo chir/tempo seduta >= 50% si chiede un incremento del 5% Se tempo chir/tempo seduta < 50% si chiede un incremento del 10%		dati ultimo quadrimestre
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		547.865 - toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	15		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita otorinolaringoiatrica ed esame audiometrico tonale		8283; 1.256 e 779

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 7,40 - PUBB= 4	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	D	20		Miglioramento del rapporto del tempo chirurgico sul tempo seduta rispetto alla prima osservazione (I quadrimestre) Se tempo chir/tempo seduta >= 50% si chiede un incremento del 5% Se tempo chir/tempo seduta < 50% si chiede un incremento del 10%		dati ultimo quadrimestre
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo	662.666 - toll. 2%	
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	20		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale escluse prestazioni di fisioterapia e riabilitazione>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita ortopedica	3598; 1265	
6.1	10.3	Urgenze ortopediche: Fratture operate entro le 48h	NO	D			Fratture operate entro le 48h >=70% – fonte Bersaglio	100%	>=70%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
 f.f. dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
2.3	3.2	Coordinare il programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	D	5		- Collaborare con la SCR Epidemiologia all'individuazione degli indicatori di processo per il programma di screening metabolico esteso e comunicazione alla Direzione centrale salute - Revisione/aggiornamento delle procedure per screening metabolico - Inserimento flusso informativo 100%		entro 30/6/2021; entro il 31/12/2021; 100%
4.1		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 29,00 - PUBB= 10	=2020 +/-10%
8.4		Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	10		- Evidenza di partecipazione alle attivita' previste dall'ente accreditante - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'allattamento		
8.5		Percorso nascita: Trasporto in emergenza materno e neonatale: Monitorare le attivita' di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promuovere la formazione per gli operatori coinvolti.	SI	D	5		audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2021 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2021 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento		
9.1		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
 f.f. dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura	50%; 100%	
	13.1	Attivare un percorso di integrazione ospedale - territorio per misurazione della bilirubina dei neonati dimessi dall'IRCCS	SI	D	10		1 Predisporre il PDTA entro il 30/9/2021 2 Effettuare la formazione del personale di ASUGI, in particolare relativamente alla strumentazione		
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		305.285 toll. 2%
	16.3	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero ai livelli registrati nell'anno 2019.	SI	D	10		- Valore complessivo del tariffato dell'attivita' di ricovero >=valore registrato nell'anno 2019 (Fonte: SDO) nel periodo da giugno a dicembre		1.886.074

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
f.f. dott.ssa Laura Travan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
3.7	2.1	Rete cure palliative e terapia del dolore: - Tempi di attesa - Reperibilita' algologica - Appropriatezza prescrittiva - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	SI	D	10		Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di prioritá, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi		
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 17,40 - PUBB= 4	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	D	15		Miglioramento del tempo inizio anestesia per il primo intervento		
6.8	10.8	Pediatria: Identificazione di un modello Hub and Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	D	10		Entro il 31/12/2021 e' definito il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio elevato o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio alto - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
14.1		Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	5		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		203.066 toll. 2%
16.6		Aumentare le sedute operatorie rispetto all'attivita' pianificata	SI	D	10		almeno 2 sedute aggiuntive per ogni anestesista		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	15		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 47,20 - PUBB= 13	=2020 +/-10%
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	15		realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: -aggiornamento sito web, aree PMA omologa ed eterologa; - promozione customer satisfaction; - almeno 1 piano di convalida attrezzature.		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	D	10		Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze del Quality report: revisione delle procedure di laboratorio.		
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	15		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		126.943 toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	20		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita ginecologica, ecografia ginecologica)		4256; 175 e 297
6.4	10.23	Infertilita': Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilita' in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	NO	D			Predisposizione condivisa del percorso trasmissione e alla DCS entro il 31/12/2021.		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale

**Responsabile:
 prof.ssa Tamara Stampalija**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	10		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	15		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 29,10 - PUBB= 14	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	10.29	Istituire l'ambulatorio di sindromologia prenatale.	SI	D	10		Avvio dell'attivita' dell'ambulatorio in collaborazione con la SC Genetica medica		
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Collaborare nell'applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale

**Responsabile:
 prof.ssa Tamara Stampalija**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	15.8	Informatizzazione del processo di prenotazione delle prestazioni erogate dalla S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	SI	D	5		Predisposizione delle brochure contenenti il nuovo percorso di prenotazione e avvio della prenotazione via e-mail - evidenza documentale		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		17.091 toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	25		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre - valutati in solido con SSD Gravidanza a rischio; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per ecografia ostetrica ed ecografia addome inferiore		8983; 2993 e 608
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 34,80 - PUBB= 9	=2020 +/-10%
	8.5	Percorso nascita: Trasporto in emergenza materno e neonatale: Monitorare le attivita' di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promuovere la formazione per gli operatori coinvolti.	SI	D	5		audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2021 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2021 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento		
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
6.7	10.24	Percorso nascita: tagli cesarei	SI	D	5		tagli cesarei primari nei PN II livello o N. parti > 1000/anno: <= 25%	10,27%	<= 25%
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
6.9	15.7	Sangue ed emocomponenti: implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata	SI	D	5		Utilizzo del sistema emonet nel 90% delle richieste		>=90%
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		109.079 toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	10		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2020 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre - valutati in solido con SSD R Medicina Fetale e Diagnostica prenatale.		3289
	16.3	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero ai livelli registrati nell'anno 2019.	SI	D	15		- Valore complessivo del tariffato dell'attivita' di ricovero >=valore registrato nell'anno 2019 (Fonte: SDO) nel periodo da giugno a dicembre		2.082.282

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	15		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 149,36 - PUBB= 43	=2020 +/-10%
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.2.1	10.1	Migliorare l'utilizzo delle sale operatorie ed incrementare il tempo chirurgico	SI	D	15		Miglioramento del rapporto del tempo chirurgico sul tempo seduta rispetto alla prima osservazione (I quadrimestre) Se tempo chir/tempo seduta >= 50% si chiede un incremento del 5% Se tempo chir/tempo seduta < 50% si chiede un incremento del 10%		dati ultimo quadrimestre
6.7	10.24	Percorso nascita: tagli cesarei	SI	D	5		tagli cesarei primari nei PN Il livello o N. parti > 1000/anno: <= 25%	10,27%	<= 25%
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	14.1	Garantire la corretta compilazione delle SDO ai fini delle attivita' legate ai flussi ministeriali	SI	D	10		Riduzione del 10% delle SDO riaperte nell'ultimo quadrimestre rispetto alla % registrata nel primo quadrimestre (la % del primo quadrimestre verra' comunicata dal CUP)		
6.9	15.7	Sangue ed emocomponenti: implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata	SI	D	5		Utilizzo del sistema emonet nel 90% delle richieste		>=90%
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		1.208.337 toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	15		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prima visita ginecologica, ecografia ginecologica, ecografia ostetrica, ecografia dell'addome inferiore		11971; (4200, 309, 844, 561)
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.S.D. R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale

**Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 40,4 - PUBB= 9	=2020 +/-10%
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - trend rischi di processo e completamento analisi dei rischi in PROSA; - revisione prestazioni ambulatoriali sul sito; - almeno 1 piano di convalida per attrezzature/metodi.		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	D	10		Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze del Quality report: - messa sotto controllo di tutti i documenti del laboratorio.		
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.S.D. R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale

**Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		228.632 toll. 2%
16.9		Mantenere i volumi di attivita' registrati nel 2020	SI	D	20		Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2020 (Fonte: Cupweb) - da valutare in base all'andamento epidemiologico da Covid	15764	
16.12		Avviare il test molecolare per microbioma in campi clinici	SI	D	10		Evidenza dell'attivazione della prestazione e definizione dei percorsi		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 149,90 - PUBB= 46	=2020 +/-10%
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - trend rischi di processo e completamento analisi dei rischi in PROSA; - aggiornamento prestazioni analisi genetiche sul sito; - almeno 1 piano di convalida per attrezzature/metodi.		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	D	10		Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: evidenza della formazione sul campo ai reparti interni sul consenso analisi genetiche.		
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	10.29	Istituire l'ambulatorio di sindromologia prenatale.	SI	D	10		Avvio dell'attivita' dell'ambulatorio in collaborazione con la S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale		
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione , in corso di validita' del personale della operante nella struttura, previa validazione dal SPPA al corso denominato antincendio rischio basso, o evidenza di partecipazione al corso prevenzioni incendi e gestione delle emergenze rischio basso. 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		721.436 toll. 2%
16.9		Mantenere i volumi di attivita' registrati nel 2020	SI	D	10		Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2020 (Fonte: Cupweb)	16479	
16.11		Internalizzazione delle prestazioni di genetica (NIPT)	SI	D	10		Predisporre un piano contenente le indicazioni delle prestazioni da internalizzare con relativo cronoprogramma e le modalita' di internalizzazione		evidenza documentale.
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
 prof. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 51,40 - PUBB= 19	=2020 +/-10%
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: -registrazione di almeno 5 non conformita' nel registro delle anomalie con completezza di trattamento e verifica di efficacia; - completamento analisi dei rischi dei processi e trend; -revisione prestazioni radiologiche sul sito web.		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	D	10		Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze delQuality report: adeguamento della documentazione in base al Decreto 101/2020.		
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Claudio Granata**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
12.2.1	12.9	Ricognizione delle modalita' di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attivita' interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	SI	D	20		- Elaborare un'ipotesi riorganizzativa per l'ampliamento del tempo di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche della struttura, con riferimento agli esami di risonanza magnetica (RM) che rappresentano le grandi macchine operative presso l'IRCCS. - mantenimento dei livelli di attivita' indicati (tolleranza 10% rispetto al miglioramento proposto) - evidenza dell'attivita' svolta.		entro 15.04.2021; +/- 10%
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		34.696 toll. 2%
6.1	16.2	Ripristinare i volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai livelli registrati nell'anno 2019	SI	D	20		- Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: Cupweb) nel periodo da giugno a dicembre; - Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa >=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) nel periodo da giugno a dicembre - per prestazioni traccianti di TC , RM ed ECO.		3800; vedi report dettagli
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
6.6	3.1	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		1. Confermare/ individuare il link professional della struttura 2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IF= 51,40 - PUBB= 16	=2020 +/-10%
	8.2	Mantenere ed estendere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		realizzare almeno 3 obiettivi previsti nel Quality report: - definire una procedura/istruzione operativa per la gestione delle etichette su reagenti, materiali di controllo, materiale di calibrazione (AULAB.15); - migliorare il sito aziendale implementando la carta dei servizi e aggiornando le prestazioni ambulatoriali; - completamento analisi dei rischi dei processi e trend.		
	8.3	Attuare i percorsi di miglioramento previsti dal riesame della Direzione	SI	D	10		Realizzare un'azione prevista nel piano di miglioramento del riesame 2021 su ispirazione delle evidenze del Quality report: messa sotto controllo di tutti di documenti del Laboratorio, compreso Manuale delle Metodiche.		
	9.1	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	10.28	Elaborazione dell'elenco delle prestazioni di laboratorio (compresa tossicologia forense) eseguite dall'IRCCS (condiviso con ASUGI).	SI	D	10		Elaborare un elenco delle prestazioni di laboratorio (compresa tossicologia forense) eseguite dall'IRCCS (condiviso con ASUGI).		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale

**Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
11.1		Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		1 Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO 2 Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura	100%; 100%	
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.	644.811 toll. 2%	
16.9		Mantenere i volumi di attivita' registrati nel 2020	SI	D	20		Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2020 (Fonte: Cupweb)	37233	
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
2.3	3.2	Coordinare il programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	E	20	20	- Entro il 30/6/2021: Individuazione degli indicatori di processo per ognuno dei programmi, in collaborazione con Oculistica, ORL, Neonatologia e Clinica pediatrica, e comunicazione alla Direzione centrale salute - Entro 31/12/2021: Report alla Direzione centrale salute sullo stato di attuazione dei programmi di screening regionali e sui dati di efficienza dei processi - Entro 31/12/2021: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti		entro 30/6/2021; entro 31/3/2021; entro 31/12/2021
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta)- (almeno 45 pubblicazioni).	IF= 556,57 - PUBB= 60	almeno 45
	8.4	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	E	5	30	- Evidenza di partecipazione alle attivita' previste dall'ente accreditante - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'allattamento		
3.4	10.5	Disturbi del comportamento alimentare: garantire l'attivita' degli osservatori epidemiologici.	SI	E	10	5	- Entro 30.6.2021: invio congiunto alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati in collaborazione con ASUFC. - Entro 31.12.2021: invio congiunto alla DCS di un report di monitoraggio sulle attivita' e sull'outcome adulti e minori anno 2021.		entro il 30/6/2021; entro il 31/3/2022
6.8	10.8	Pediatria: Identificazione di un modello Hub and Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	D	5		Entro il 31/12/2021 e' definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		
6.8	10.25	Rete oncologica pediatrica. Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilita' e sua formalizzazione.	SI	D	5		Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021.		

Obiettivi di attivita' 2021

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2020	Soglia
	11.1	Applicare il regolamento sull'orario di lavoro	SI	D	10		Applicazione degli istituti contrattuali previsti nel regolamento, con particolare riferimento alla gestione del credito/debito orario e delle ferie - cartellini allineati come da evidenze Ufficio Presenze/Assenze		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- Evidenza di partecipazione al corso denominato TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO FORMAZIONE DEL PREPOSTO o AGGIORNAMENTO - Predisposizione della scheda rischio mansione per il personale della struttura		100%; 100%
	13.5	Rilevazione OKKIO alla Salute Diffondere il report della rilevazione OKkio alla Salute realizzata nel 2019 al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole	SI	E	5	30	Report con i risultati della rilevazione OKkio alla Salute realizzata nel 2019 diffuso presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole		
	13.6	Collaborazione con il network del Global Burden of Disease Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease	SI	E	10	5	Valutazione e verifica delle stime nazionali, eventuale produzione di stime preliminari regionali		
	13.7	Registro regionale endometriosi Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	SI	E	10	10	-Tenuta del registro regionale di patologia. - Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione		
Totale pesi:					100	100			

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARTINA VARDABASSO

CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I

DATA FIRMA: 29/06/2021 12:11:36

IMPRONTA: 064759EC656C69EF54DC7CD8FC022CD104FE715722F732C84DF3ADE9854361EB
04FE715722F732C84DF3ADE9854361EB244005FF73B2F18C3C98DD37748A1325
244005FF73B2F18C3C98DD37748A13257DEEC3A3C00BF4E8632EDC307E024E8B
7DEEC3A3C00BF4E8632EDC307E024E8BEE7461E06D77A5886B19466D85108173



Allegato 3

Assegnazione del Budget di risorsa anno 2020

Livello						VOCE MODELLO CE	Preventivo 2021	di cui COVID19	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2021 al netto di COVID e Ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
305	100	700	500	20		Contributi ai donatori di sangue lavoratori	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	700	500	25		Altri contributi agli assillati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	700	500	30		Altri contributi per attività socio - assistenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	700	500	35		Contributi ad enti	90.000,00	-	90.000,00	-	-	-	-	-	-	-	90.000,00	-	90.000,00
305	100	700	500	40		Rimborsi per responsabilità civile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	700	500	45		Rimborsi per attività delegate della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	700	500	90		Altri rimborsi, assegni e contributi	23.671,00	-	-	23.671,00	-	-	-	-	-	23.671,00	-	-	23.671,00
305	100	700	600			Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	700	600	10		Rimborsi per attività delegate della Regione (SOVRAZIENDALI)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	700	600	90		Altri rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	1.021.000,00	-	-	1.021.000,00	-	-	-	-	-	1.021.000,00	-	-	1.021.000,00
305	100	700	700			Rimborsi, assegni e contributi v/Regione - GSA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	100			Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	110.000,00	-	-	110.000,00	-	-	-	-	-	110.000,00	-	-	110.000,00
305	100	750	200			Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici	5.000,00	-	-	5.000,00	-	-	-	-	-	5.000,00	-	-	5.000,00
305	100	750	300			Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	10		Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	20		Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	20	5	Compensi diretti per prestazioni aggiuntive al personale del comparto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	20	10	Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privati	90.000,00	-	-	90.000,00	-	-	-	-	-	90.000,00	-	-	90.000,00
305	100	750	300	20	15	Oneri sociali su consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	30		Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	30	5	Personale esterno con contratto di diritto privato - area sanitaria	32.400,00	-	-	32.400,00	-	-	-	-	-	-	-	-	32.400,00
305	100	750	300	30	10	Costo contrattisti - area sanitaria	157.761,27	87.273,27	-	70.488,00	-	-	-	-	-	-	-	-	157.761,27
305	100	750	300	30	15	Costo contrattisti - ricerca corrente	200.000,00	-	-	200.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	200.000,00
305	100	750	300	30	20	Costo contrattisti - ricerca finalizzata	50.424,00	-	-	50.424,00	-	-	-	-	-	-	-	-	50.424,00
305	100	750	300	40		Indennità a personale universitario - area sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	40	5	Indennità personale universitario (De Maria)	567.781,45	-	-	567.781,45	-	-	-	-	-	567.781,45	-	-	567.781,45
305	100	750	300	40	10	Oneri sociali	235.696,90	-	-	235.696,90	-	-	-	-	-	235.696,90	-	-	235.696,90
305	100	750	300	50		Lavoro interinale - area sanitaria	146.640,15	114.715,49	-	31.924,66	-	-	146.640,15	-	-	-	-	-	146.640,15
305	100	750	300	60		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	60	5	Costo del personale tirocinante - area sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	60	10	Costo borsisti - area sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	60	15	Costo borsisti - ricerca corrente	400.000,00	-	-	400.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	400.000,00
305	100	750	300	60	20	Costo borsisti - ricerca finalizzata	1.051.841,00	-	-	1.051.841,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1.051.841,00
305	100	750	300	60	25	Indennità per commissioni sanitarie	4.222,30	-	-	4.222,30	-	-	-	-	-	4.222,30	-	-	4.222,30
305	100	750	300	60	30	Compensi ai docenti	60.000,00	-	-	60.000,00	-	-	-	-	-	60.000,00	-	-	60.000,00
305	100	750	300	60	35	Assegni studio agli allievi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	60	40	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	300	60	90	Oneri sociali su altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	400			Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	400	10		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	400	20		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	750	400	30		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800				Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800	100			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800	200			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800	300			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800	400			Altri servizi sanitari da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800	400	10		Compensi per sperimentazioni cliniche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800	400	90		Altri servizi sanitari da privato	625.150,00	52.000,00	195.150,00	378.000,00	-	-	625.150,00	-	-	-	-	-	625.150,00
305	100	800	500			Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800	600			Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva rilevata dalle ASL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	800	700			Costi per prestazioni sanitarie erogate da aziende sanitarie estere (fatturate direttamente)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	100	850				Costi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200					Acquisti di servizi non sanitari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200	100				Servizi non sanitari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200	100	50			Lavanderia	290.000,00	-	-	290.000,00	-	-	-	-	-	290.000,00	-	-	290.000,00
305	200	100	100			Pulizia	1.676.000,00	404.000,00	-	1.272.000,00	-	-	1.676.000,00	-	-	-	-	-	1.676.000,00
305	200	100	150			Mensa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200	100	150	10		Mensa dipendenti	137.000,00	-	-	137.000,00	-	-	-	-	-	137.000,00	-	-	137.000,00
305	200	100	150	20		Mensa degenti	645.000,00	-	-	645.000,00	-	-	-	-	-	645.000,00	-	-	645.000,00
305	200	100	200			Riscaldamento	985.000,00	-	-	985.000,00	985.000,00	-	-	-	-	-	-	-	985.000,00
305	200	100	250			Servizi di assistenza informatica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200	100	250	10		Servizio informatico sanitario regionale (SISR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200	100	250	20		Elaborazione ricette prescrizioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200	100	250	90		Altri servizi di assistenza informatica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200	100	300			Servizi trasporti (non sanitari)	250.000,00	-	-	250.000,00	-	-	-	-	-	250.000,00	-	-	250.000,00
305	200	100	350			Smaltimento rifiuti	242.000,00	-	-	242.000,00	-	-	-	-	-	242.000,00	-	-	242.000,00
305	200	100	400			Utenze telefoniche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
305	200	100	400	10		Spese telefoniche	77.000,00	-	-	77.000,00	-	-	-	-	-	77.000,00	-	-	77.000,00
305	200	100	400	20		Internet	44.300,00	-	37.000,00	7.300,00	-	-	44.300,00	-	-	-	-	-	44.300,00

Livello						VOCE MODELLO CE	Preventivo 2021	di cui COVID19	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2021 al netto di COVID e Ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato	
I	II	III	IV	V	VI															
390	200	400	200	20		Insussistenze passive v/terzi relative al personale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	30		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	40		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	50		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	60		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	70		Altre insussistenze passive v/terzi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	500				Altri oneri straordinari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
400	0	0	0	0	0	IRAP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
400	100					IRAP relativa a personale dipendente	2.649.611,50	107.102,09	165.575,62	2.376.933,79	-	-	2.649.611,50	-	-	-	-	-	-	2.649.611,50
400	200					IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	156.350,32	832,00	155.518,00	0,32	-	-	156.350,32	-	-	-	-	-	-	156.350,32
400	300					IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	48.304,00	-	-	48.304,00	-	-	-	48.304,00	-	-	-	-	-	48.304,00
400	400					IRAP relativa ad attività commerciale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
405	0	0	0	0	0	IRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
405	100					IRES su attività istituzionale	25.000,00	-	-	25.000,00	-	-	25.000,00	-	-	-	-	-	-	25.000,00
405	200					IRES su attività commerciale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
410	0	0	0	0	0	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
						Totale costi	80.332.198,11	4.151.008,31	7.504.566,71	68.676.623,09	2.861.252,82	23.990.611,44	47.749.085,14	2.255.030,71	914.668,00	2.233.300,00	170.050,00	158.200,00	-	80.332.198,11

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARTINA VARDABASSO

CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I

DATA FIRMA: 29/06/2021 12:10:02

IMPRONTA: 50DB9B47560B195A65F98FBB7E77763CE76840085FB5161255890D59E43B97ED
E76840085FB5161255890D59E43B97ED0658223B42E37DFBD0874FFC031E3819
0658223B42E37DFBD0874FFC031E381986FF1C43F157A6CB0086469E5967EAC3
86FF1C43F157A6CB0086469E5967EAC348769ED3505B43E805162B75EC61EEC4

Allegato 4

**Individuazione dei referenti delle linee
progettuali 2021 e degli obiettivi
aziendali**

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
1	Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate	31/12/2021	x		DA	DA
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo - Entro il 30/3/2021: Individuazione e comunicazione alla Direzione centrale salute del nominativo del referente aziendale per il coordinamento dei programmi di screening	30/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: la nomina del referente è stata inviata con nota prot. 3219 dd 30/3/2021	DS	DS
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo - Entro il 30/6/2021: Individuazione degli indicatori di processo per ognuno dei programmi e comunicazione alla Direzione centrale salute	30/06/2021	x		DS	Ronfani
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo - Entro 31/12/2021: Revisione/aggiornamento delle procedure per screening visivo, uditivo e screening obbligatori	31/12/2021	x		DS	Ronfani/Urriza
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo - Entro 31/12/2021: Report alla Direzione centrale salute sullo stato di attuazione dei programmi di screening regionali e sui dati di efficienza dei processi	31/12/2021	x	Si chiede di posticipare la scadenza per la rendicontazione al 31/3/2022 al fine di trasmettere dati consolidati, analogamente alle altre progettualità che prevedono dati annuali	DS	Ronfani
2.3	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo - Entro 31/12/2021: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti	31/12/2021	x		DS	Ronfani
2.3	Screening neonatale	Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento	Flusso informativo 100%	31/12/2021	x		DS	Ronfani
2.7	Promozione salute luoghi di lavoro	Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali	31/12/2021	x		DS	Russian
2.9	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Rilevazione OKKIO alla Salute Diffondere il report della rilevazione OKKio alla Salute realizzata nel 2019 al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole	Report con i risultati della rilevazione OKKio alla Salute realizzata nel 2019 diffuso presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole	31/12/2021	x		DS	Ronfani
2.9	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Collaborazione con il network del Global Burden of Disease Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease	Valutazione e verifica delle stime nazionali, eventuale produzione di stime preliminari regionali	31/12/2021	x		DS	Ronfani
2.9	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Registro regionale endometriosi Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	-Tenuta del registro regionale di patologia.	31/12/2021	x		DS	Ronfani
2.9	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Registro regionale endometriosi Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	-Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione	31/12/2021	x		DS	Ronfani
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	85% operatori dedicati formati in ogni Azienda	31/12/2021	x		DS	Travan/Bicego
2.13	Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione	31/12/2021	x		DS	Travan/Bicego
3.3	Disturbi spettro autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2021 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	31/12/2021	x		DS	Carrozzi/ Cragnolin
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021 - individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)	31/12/2021	x		DS	Russian/ Carrozzi
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa definiscono indicatori di processo e di esito in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Entro 30.6.2021: invio congiunto alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati	30/06/2021	x		DS	Russian/ Carrozzi/ Ronfani
3.4	Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare	Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa individuano strumenti idonei e comuni all'età adulta e all'età evolutiva per il monitoraggio dell'offerta e degli outcome predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro 31.12.2021: invio congiunto alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2021.	31/12/2021	x	Si chiede di posticipare la scadenza per la rendicontazione al 31/3/2022 al fine di trasmettere dati consolidati, analogamente alle altre progettualità che prevedono dati annuali	DS	Russian/ Carrozzi/ Ronfani
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa - Reperibilità algologica - Appropriata prescrizione - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	31/12/2021	x		DS	Fari/ Sagredini
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa - Reperibilità algologica - Appropriata prescrizione - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale; - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2021	x		DS	Sagredini
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa - Reperibilità algologica - Appropriata prescrizione - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - almeno il 5% delle prestazioni eleggibili	31/12/2021	x		DS	Fari/Sagredini

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa - Reperibilità algologica - Approprietezza prescrittiva - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	Vi è evidenza d'integrazione tra i servizi di terapia analgica ospedalieri e la medicina generale	31/12/2021	x		DS	Sagredini
3.7	Rete cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative - Decessi a domicilio - Dotazione organica - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2021.	31/12/2021	x		DS	Sagredini
3.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore	31/12/2021	x		DS	Cadenaro
3.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; si deve raggiungere tale valore nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e si deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	- mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; - raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	31/12/2021	x		DS	Cadenaro
3.8	Odontoiatria pubblica	la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	raggiungimento di una media aziendale annua di almeno 1400 prestazioni/riunito;	31/12/2021	x		DS	Cadenaro
3.8	Odontoiatria pubblica	la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere: - inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;	31/12/2021	x		DS	Cadenaro
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2021 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA;	sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2021 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	31/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: la convenzione è stata formalizzata con decreto DG n. 24 dd 31/3/2021	DS	Zaro
3.8	Odontoiatria pubblica	tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;	invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	entro il mese successivo al trimestre di riferimento	x		DS	Russian/Cadenaro
3.8	Odontoiatria pubblica	Per tutte le aziende: definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	31/12/2021	x		DS	Cadenaro
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza e applicazione dei protocolli in ogni azienda sanitaria	31/12/2021	x		DS	Cragnolin
3.9	Consultori familiari	Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza biennale della casistica 2020-2021 per ogni azienda sanitaria	31/12/2021	x		DS	Cragnolin
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donne Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine	Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime) PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.	31/12/2021	x		DS	Novello
3.9	Consultori familiari	Violenza contro le donne Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza.	N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza	31/12/2021	x	Si chiederà lo stralcio in quanto si tratta di strumenti/ scale di valutazione non in uso presso l'IRCCS		
4.4	Minori	Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile	31/12/2021	x		DS	Carrozzi
4.4	Minori	Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	- Ciascuna AS e ASU forma due operatori della NP/IA o del Consultorio sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3	31/12/2021	x	Si chiederà lo stralcio in quanto si tratta di strumenti/ scale di valutazione non in uso presso l'IRCCS		
4.5	Salute mentale	Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021	31/12/2021	x		DS	Cragnolin/Carrozzi
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS): A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono stati avviati con le modalità, le tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	x		DS	Decorti
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Formazione operatori sociosanitari (OSS): A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	Il corso è stato avviato con le modalità, tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.	31/12/2021	x		DS	Decorti
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp: Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Nr. di atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2021	31/12/2021	x		DA	Fontanot
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla regione FVG	Nr. valutazioni formali al 31.12.2021	31/12/2021	x		DA	Fontanot
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp: Individuazione formale a livello aziendale di un referente per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS	Evidenza atto di individuazione, inviato in DCSPSD entro il 1.3.2021	01/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: la nomina del referente aziendale è stata trasmessa con nota prot. n. 1943 dd 26/2/2021	DA	Fontanot
5	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp: Costituzione gruppo tecnico di lavoro integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS) per la definizione di una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi degli ETS, Fondazioni e ASP ed approvazione formale di un documento che contenga obiettivi, materiali, metodi, indicatori e criteri di qualità, coerenti con i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria da garantire.	Approvazione documento entro il 31.12.2021	31/12/2021	x		DA	Fontanot

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa = volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)	31/12/2021	x	Si chiede un allineamento del target al periodo giugno - dicembre 2019 - come da proposta ARCS inviata con nota mail dd 12/5/2021	DS	Fari
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa = volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO) – vengono escluse gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)	31/12/2021	x	Si chiede un allineamento del target al periodo giugno - dicembre 2019 - come da proposta ARCS inviata con nota mail dd 12/5/2021	DS	Petretic
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Per gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia di classe A deve essere garantito il tempo massimo 30 gg in almeno il 90% dei casi	31/12/2021	x		DS	Petretic
6.1	Assistenza ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera: Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h >=70% (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	31/12/2021	x		DS	Carbone
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	x		DS	Amaddeo
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	31/12/2021	x		DS	Amaddeo
6.2	Indicatori Emergenza-urgenza	Pronto Soccorso: Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard => 50%	31/12/2021	x		DS	Ricci/ Verardi
6.3	Trapianto e donazione	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: · Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione · Donazione di sangue ed emoderivati · Donazione Cellule Staminali · Donazione di organi · Donazione di tessuti	31/12/2021	x		DS	Russian
6.4	Infertilità	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso trasmissione e alla DCS entro il 31/12/2021.	31/12/2021	x		DS	Ricci
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Costituzione nuclei funzionali	Evidenza della costituzione dei nuclei funzionali aziendali e comunicazione ad ARCS della loro composizione entro il 30 aprile	30/04/2021	x		DS	DS
6.5	Governo clinico e reti di patologia	Partecipazione dei componenti dei nuclei funzionali alla formazione organizzata da ARCS	Partecipazione ai moduli formativi organizzati da ARCS	31/12/2021	x		DS	DS
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas	31/12/2021	x		DS	Grassi
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	semestrale	x		DS	Grassi
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas	31/12/2021	x		DS	Grassi
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM	31/12/2021	x		DS	Grassi
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza della compilazione dello strumento CARMINA	31/12/2021	x		DS	Grassi
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT	31/12/2021	x		DS	Scoltz
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Rafforzamento della Rete del programma di antimicrobial stewardship	Identificazione di un referente MMG (<i>link professional</i>) per AFT	31/12/2021	x	si propone per l'IRCCS : evidenza dell'organizzazione di almeno 1 incontro per ciascuna struttura di degenza sul tema dell'antibiotico resistenza	DS	Maschio
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)	31/12/2021	x		DS	Scoltz
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM	31/12/2021	x		DS	Grassi
6.6	Rischio clinico e rete cure sicure	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Avvio del gruppo di lavoro e pianificazione della formazione specifica sul tema	31/12/2021	x		DS	Bicego
6.7	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	31/12/2021	x		DS	Maso/ Travan/ Verardi
6.7	Percorso nascita	Tagli cesarei	tagli cesarei primari nei PN II livello o N. parti > 1000/anno: ≤ 25%	31/12/2021	x		DS	Ricci/Maso
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	- entro il 30/6/2021 le Aziende comunicano alla Direzione centrale salute il nominativo delle ostetriche che partecipano alle attività di cui alla DGR 723/2018	30/06/2021	x		DS	Verardi
6.7	Percorso nascita	Gravidanze a basso rischio	- il personale di cui sopra partecipa entro il 31/12/2021 ad almeno un evento formativo sulla gestione della gravidanza a basso rischio	31/12/2021	x		DS	Verardi
6.7	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2021 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2021 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento	31/12/2021	x		DS	Maso/ Travan

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo <i>Rete oncologica pediatrica</i> Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021	31/12/2021	x	Si chiede il recepimento da parte della DCS della proposta di revisione del Comitato per la rete pediatrica, inviata dall'IRCCS con nota prot. 12144 dd 31/12/2020 al fine di avviare i tavoli di lavoro	DS	Rabusin/ Ronfani
6.8	Pediatria	IRCSS Burlo <i>Area emergenza-urgenza</i> Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2021 è definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	31/12/2021	x	Si chiede il recepimento da parte della DCS della proposta di revisione del Comitato per la rete pediatrica, inviata dall'IRCCS con nota prot. 12144 dd 31/12/2020 al fine di avviare i tavoli di lavoro	DS	Sagredini/ Ronfani
6.8	Pediatria	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2021 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	30/06/2021	x	Si chiede il recepimento da parte della DCS della proposta di revisione del Comitato per la rete pediatrica, inviata dall'IRCCS con nota prot. 12144 dd 31/12/2020 al fine di avviare i tavoli di lavoro	DS	Arbo
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	- Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD) -Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2021	x		DS	Urrizza
6.9	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	- Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2021	x		DS	Urrizza
6.9	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.Costituzione gruppo lavoro	31/12/2021	x		DS	Urrizza
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	- Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale benessere sul posto di Lavoro HPH partecipano alla formazione di ARCS dedicata all'attivazione dei Team multiprofessionali	31/12/2021	x		DS	Russian
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	- Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH organizzano un evento formativo per la diffusione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato" con la diffusione dei materiali informativi e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale sulla base di un format concordato dal gruppo regionale (entro giugno)	30/06/2021	x		DS	Russian
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	- Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH pianificano la trasferibilità del prototipo regionale descritto e messo in atto nella fase sperimentale dal progetto "Aver cura di chi ci ha curato", per la proposta operativa di attivazione nelle aziende in rete (entro il primo semestre)	30/06/2021	x		DS	Russian
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	- Nel secondo semestre, gli enti aderenti alla rete regionale attivano i team multiprofessionali previsti nel protocollo di collaborazione per il monitoraggio della resilienza e del lifestyle nella strategia del progetto "Aver cura di chi ci ha curato"	31/12/2021	x		DS	Russian
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	- Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale Patient Engagement HPH, elaborano uno studio di fattibilità per l'avvio di Team multiprofessionali per la promozione della salute dei pazienti	31/12/2021	x		DS	Russian
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	- Gli enti aderenti alla rete regionale elaborano un format per la valutazione dei bisogni di promozione della salute da inserire nella documentazione sanitaria (a cura dei gruppi aziendali per il Patient Engagement - clinical health promotion)	31/12/2021	x		DS	Russian
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	- Gli enti aderenti alla rete regionale promuovono il programma per l'astensione del fumo nel periodo perioperatorio.	31/12/2021	x		DS	Russian
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	Le Aziende sviluppano un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH al loro interno	- Link della pagina di ARCS e avvio di sezione dedicata nel sito aziendale con aggiornamento su referenti e progetti collegati alle linee di gestione	31/12/2021	x		DS	Russian
6.11	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	- Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	31/12/2021	x		DS	Danielli
6.11	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	- Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITamento.	31/12/2021	x		DS	Danielli
6.11	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inerti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2021	x		DS	Danielli
6.11	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2021	x		DS	Danielli
6.11	Accreditamento UNICEF	Proseguire il percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	partecipare alle attività previste dall'ente accreditante	31/12/2021	x		DS	Milincio/ Travan/ Bicego
6.11	Accreditamento UNICEF	Proseguire il percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	organizzare l'incontro annuale della Rete insieme per l'allattamento	31/12/2021	x		DS	Milincio/ Travan/ Bicego
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti(farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il Rispetto dei tetti è considerato per regione - monitoraggi AIFA periodici.	31/12/2021	x		DS	Arbo

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
7.1	Tetti spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%. Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono ripilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.	31/12/2021	x		DS	Arbo
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc.).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%)	30/09/2021	x		DS	Arbo
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc.).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022 , da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%)	15/04/2022	x		DS	Arbo
7.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR	Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno i report. Modalità di valutazione: Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 40%)	15/04/2022	x		DS	Arbo
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	- Evidenza dell'attivazione del team entro il 30/06/2021. Modalità di valutazione: Attivazione del team nei termini: si/no (peso 50%)	30/06/2021	x		DS	Barbi/ Cassone/ Urriza
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS entro il 28/02/2022 di un report dell'attività di formazione svolta nel 2021, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio del report nei termini: si/no (peso 50%)	28/02/2022	x		DS	Barbi/ Cassone/ Urriza
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 40%)	30/09/2021	x		DS	Arbo
7.7	distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%) Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 40%)	15/04/2022	x		DS	Arbo
7.8	Assistenza integrativa	Nell'ambito dell'assistenza integrativa le Aziende sanitarie e gli IRCCS effettuano una ricognizione dei percorsi e delle procedure attuate anche al fine di una possibile armonizzazione degli stessi.	Invio alla DCS entro il 15/04/2022 delle risultanze della ricognizione effettuata. Modalità di valutazione: Ricognizione effettuata e inviata: si/no	15/04/2022	x	Si chiede lo stralcio in sede di II rendiconto trimestrale in quanto non di pertinenza		
7.9	Informatizzazioni delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Assicurare la registrazione dei pazienti e l'inserimento di tutti i dati richiesti, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta. Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR: si/no	31/12/2021	x		DS	Arbo
7.9	Informatizzazioni delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi. Modalità di valutazione: Riconfronto agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: si/no	31/12/2021	x		DS	Arbo

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
7.9	Informatizzazioni delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi ai fini della rimborsabilità).	periodici?	x		DS	Arbo
7.9	Informatizzazioni delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA La cartella oncologica informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.	- Avvio della cartella oncologica pediatrica (Burlo).	31/12/2021	x		DS	Rabusin
7.9	Informatizzazioni delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Per tutte le Aziende, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS. Le Aziende assicureranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico \geq 95%. La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - % \geq 95%: obiettivo raggiunto - % tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 85%: obiettivo non raggiunto	31/12/2021	x		DS	Arbo
7.9	Informatizzazioni delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo). Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.	- % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti > 70% - Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche > 70% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018 - % PT informatizzati per tutti i pazienti > 70% raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiunto Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (> 70%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2022. Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.	31/12/2021	x		DS	Arbo
7.9	Informatizzazioni delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese: Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti). Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS - copertura fase 3/fase 2: % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto	mensile	x		DS	Arbo
7.9	Informatizzazioni delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese: Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%). Target rilevati dalla DCS Targatura - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto	mensile	x		DS	Arbo/ Vardabasso

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese	mensile	x		DS	Arbo
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Inserimento dei dati, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.	entro 15 gg	x		DS	Arbo/ Vardabasso
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti del SSR assicurano le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV	Mantenimento della % di segnalazione on-line \geq 90% in linea con le indicazioni AIFA e tenuto conto dell'avvio a fine 2021/inizio 2022 della nuova piattaforma di segnalazione collegata alla RNF <i>Modalità di valutazione:</i> % segnalazioni online/segnalazioni totali \geq 90%. Target rilevati dalla DCS	31/12/2021	x		DS	Arbo
7.10	Farmacovigilanza	Gli Enti assicurano l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.	Inserimento delle segnalazioni di sospetta ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia COVID-19 o nel paziente COVID-19 secondo i parametri e con le codifiche indicate da AIFA (comunicati 4 maggio e 27 novembre 2020). <i>Modalità di valutazione:</i> Andamento periodico (su base semestrale) delle segnalazioni di ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 o nei pazienti con COVID-19, effettuato dal CRFV. % codifica inserimento corretta/ totale segnalazioni inserite \geq 80%. Riscontri a richieste del CRFV su qualità del dato: si/no	31/12/2021	x		DS	Arbo
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota già avviata nell'anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	x		DS	Decorti
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione	Completare l'attivazione del sistema nelle aziende in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l'attivazione del sistema presso tutte le altre aziende entro il 31/12/2021	31/12/2021	x		DS	Decorti
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate	31/12/2021	x		DA	Carlevaris/ Rachelli
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nelle aziende pilota (verbale collaudo) entro il 30/06/2021	30/06/2021	x		DA	Carlevaris/ Rachelli
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2021	31/12/2021	x		DA	Carlevaris/ Rachelli
8.4	Telemedicina	Censimento delle soluzioni di telemedicina presenti attualmente in azienda con indicazione delle integrazioni già operative con i sistemi aziendali e quelle ritenute importanti da realizzare.	Fornire l'elenco delle soluzioni di telemedicina presenti con indicazioni delle integrazioni entro il 31/03/2021	31/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: il censimento delle soluzioni è stato inviato con nota prot. 3299 dd 31/3/2021	DA	Carlevaris/ Bava
8.4	Telemedicina	Analisi e valutazione dei processi dei post-acute con scompenso cardiaco, diabete o BPCO per individuare quali soluzioni di telemedicina possono essere adottate e se devono essere rese operative strutture capaci di controllare e monitorare gli strumenti di telemedicina utilizzati.	Partecipazione al 90% delle riunioni dei team interaziendali di analisi e valutazione.	31/12/2021	x		DS	Russian
8.4	Telemedicina	Stesura piano regionale di attivazione delle soluzioni di telemedicina nelle varie aziende tenendo conto delle esperienze già maturate e dell'analisi e valutazione dei processi dei post-acute.	Partecipazione alla stesura del piano regionale di attivazione e avviamento e messa a punto delle soluzioni di telemedicina individuate per l'azienda.	31/12/2021	x		DA	Carlevaris/ Bava
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate specialistica farmaceutica e medici specialisti	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021	31/12/2021	x		DS	Urriza/Bava

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Ricette dematerializzate non SSR	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021	31/12/2021	x		DS	Urriza/Bava
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato	Piani terapeutici dematerializzati	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato	31/12/2021	x		DS	Urriza/Bava
8.6	Linee guida integrazione Asset	Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/10/2021	31/10/2021	x		DA	Carlevaris/ Bava
8.7	Piattaforma di integrazione	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione della piattaforma (definizione processi, PDTA)	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'analisi dei processi e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione del PDTA. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni	31/12/2021	x		DS/DA	
8.7	Piattaforma di integrazione	Configurare e sperimentare il sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema	Completare la sperimentazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 31/10/2021	31/10/2021	x		DS/DA	
8.8	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	31/12/2021	x		DA	Carlevaris/ Bava
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	x		DA	Carlevaris/ Barbagli/ Bava
8.9	Censimento apparecchiature	Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	31/05/2021	x		DA	Carlevaris/ Barbagli/ Bava
8.9	Censimento apparecchiature	Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021	31/12/2021	x		DA	Carlevaris/ Barbagli/ Bava
8.10	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	31/12/2021	x	E' stata inviata alla DCS la nota prot. 1742 dd 23/2/2021 con cui l'IRCCS ha identificato il gruppo privacy a supporto del DPO	DA	Bava
8.11	PACS	Referto multimediale	Avvio della sperimentazione presso il sito pilota entro il 30.04.2021	30/04/2021	x	L'attività propedeutiche sono state avviate.	DA	Barbagli
8.11	PACS	Referto multimediale	Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del referatatore vocale	entro 6 mesi sostituzione referatatore vocale	x		DA	Barbagli
8.11	PACS	Refertatore vocale	Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale referatatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica. INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021. Le Aziende si attivano per agevolare il passaggio al nuovo referatatore secondo le date concordate.	30/06/2021	x		DA	Barbagli
8.11	PACS	Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Avvio utilizzo del fascicolo sanitario operatore in tutte le aziende entro 30.09.2021.	30/09/2021	x		DA	Barbagli
8.11	PACS	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale in grado di soddisfare le esigenze dei flussi emergenziali.	30/09/2021	x		DA	Barbagli
8.11	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia. Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.	30/09/2021	x		DA	Barbagli
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati	31/12/2021	x		DS	Fari
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema siasi entro 3 mesi dall'evento	31/12/2021	x		DS	Fari
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile	ARCS predisporre e trasmettere alla Direzione salute entro il 30/6/2021 una relazione in cui, in merito a procedure e modalità amministrative e di contabilizzazione seguite dagli enti del SSR nella gestione dei beni acquistati in rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica: - si evidenzia lo stato esistente in ciascun ente; - si verifica e valuta la funzionalità e conformità delle procedure esistenti in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile; - si comunicano le eventuali misure correttive necessarie da adottarsi negli enti per garantire il rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile, evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.	30/06/2021	x		DA	Carlevaris/ Rachelli
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	Ciascun ente conclude entro il 31.10.2021 la ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/10/2021	x		DA	Barbagli
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	Aggiornamento dello stato patrimoniale	Entro i termini di chiusura del bilancio 2021 ciascun ente aggiorna la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.	31/12/2021	x		DA	Carlevaris

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
9.7	Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione e verifica della corretta rappresentazione contabile dei loro costi	Verifica di regolarità e correttezza, per misura, modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione	Gli enti entro il 30/6/2021: - effettuano una ricognizione nella propria realtà aziendale dell'eventuale sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonché le modalità di rappresentazione contabile di tale fenomeno gestionale in uso; - in caso di sussistenza dello strumento gestionale in discorso, predispongono e trasmettono alla Direzione centrale salute ed ad ARCS una relazione illustrativa sulle modalità di rappresentazione contabile del suo utilizzo evidenziando, se presenti, eventuali difformità di contabilizzazione rispetto a principi, norme e criteri contabili da applicarsi a tale rappresentazione e indicando altresì, le misure correttive - in termini di azioni e tempistiche programmate - per l'adeguamento di gestione contabile necessario.	30/06/2021	x		DA	Pavan
10.1.8	Investimenti	Sviluppare, mediante una collaborazione con ASUGI ed ARCS una valutazione congiunta sull'area complessiva della sede attuale e di quella della nuova acquisizione, che preveda, oltre all'eventuale vendita della stessa, anche la sua conversione, ad avvenuto trasferimento nella nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara, in una o più strutture di assistenza intermedia di cui all'art. 20 della LR 22/2019, come stabilito con parere del NVISS n. 1824-EDJ2223-IB-IN	Documento inviato alla DCS	31/12/2021	x		DA	Pavan
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della formazione entro il 31 marzo 2021	31/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: il Piano è stato adottato con proprio decreto n. 25 dd 31/3/2021 e trasmesso alla DCS	DS	Decorti
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	eventuale aggiornamento del piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PRF	entro 30 gg PRF	x		DS	Decorti
11.5.2	Programmazione della formazione	Programmazione della formazione	redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31/5/2021	31/05/2021	x		DS	Decorti
12.1	Atti aziendali	proposta di collazione funzioni e attività (art. 54 LR 22/2019)	gli enti del Servizio sanitario regionale trasmettono all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità la proposta collocazione, ai sensi dell'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019, delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, per l'assistenza ospedaliera.	31/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: la proposta di funzioni e attività dell'IRCCS è stata inviata con nota prot. 3298 dd 31/3/2021	DS	DS
12.1	Atti aziendali	proposta atto aziendale (art. 54 LR 22/2019)	Gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto delle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'art. 54, c. 1, della l.r. n. 22/2019 da adottarsi entro il 31 luglio 2021, trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la disciplina di organizzazione e di funzionamento di cui all'art. 54, c. 4 della l.r. n. 22/2019 e compatibile con la cornice finanziaria propria di ciascun ente	31/08/2021	x		DS/ DA	DS/DA
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021	15/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: il documento è stato inviato alla DCS e all'ARCS con nota prot. 2617 dd 15/3/2021	DS	Petretic
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	attuazione entro il 15/04/2021 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata a significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	15/04/2021	x		DS	Petretic
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;	15/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: il documento è stato inviato alla DCS e all'ARCS con nota prot. 2617 dd 15/3/2021	DS	Petretic
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	attuazione entro il 15/04/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	15/04/2021	x		DS	Petretic
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;	15/03/2021	x	OBIETTIVO RAGGIUNTO: il documento è stato inviato alla DCS e all'ARCS con nota prot. 2617 dd 15/3/2021	DS	Granata

capitolo	linea	progettualità	risultato atteso	tempistiche	BURLO	rendiconto al 31/3/2021 / note	Direttore di Area	referente aziendale
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	attuazione entro il 15/04/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.	15/04/2021	x		DS	Granata
12.2.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 15/03/2021.	ogni 15 gg da 15/3/2021	x	L'IRCCS partecipa regolarmente agli incontri previsti	DS	DS
12.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni: - attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN - prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019: • U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; • R (Breve): da eseguire entro 10 giorni;	31/12/2021	x		DS	Fari/Vardabasso
12.2.4	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni: - attività di ricovero per prestazioni garantite dal SSN: • ricoveri in regime di urgenza; • ricoveri elettivi oncologici; • ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).	31/12/2021	x		DS	Fari/Vardabasso
14.2.10	Gestione fondi statali COVID-19	Gestione fondi statali COVID-19	Le Aziende dovranno sin d'ora provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.		x		DA	DA
3.2 Cure intermedie	Hospice pediatrico	Aumentare i posti letto di cure palliative in ambito pediatrico: prosecuzione delle attività collegate allo studio di fattibilità tecnica inviato alla DCS con nota prot. n. 9186 dd 9/10/2020	Studio di fattibilità di "home in" hospital: area strutturata per accogliere bambino e famiglia da dedicare alle cure palliative pediatriche	31/12/2021	XX		DS	Pavan
3.7 Rete Cure Palliative e terapia del dolore	Cure palliative pediatriche	Avviare l'organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico e potenziamento del Centro Specialistico di riferimento	1. l'IRCCS Burlo, in qualità di Centro specialistico di riferimento, in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016, supporta l'elaborazione e la diffusione di strumenti per la presa in carico omogenea sul territorio regionale (almeno 2 procedure)	31/12/2021	XX		DS	Barbi/ De Zen
3.7 Rete Cure Palliative e terapia del dolore	Cure palliative pediatriche	Registrare le attività cliniche collegate alle cure palliative	Entro il 31.12.2020 l'IRCCS Burlo, in qualità di Centro specialistico di riferimento, definisce le modalità di registrazione sugli applicativi Insiel dell'attività svolta in sede e delle attività di supporto, supervisione clinica e consulenza all'attività di assistenza domiciliare svolte in regione.	31/12/2021	XX		DS	Barbi/ De Zen
12.1	Atti aziendali	Burlo multicentrico: Svolgere le funzioni ospedaliere nell'area materno infantile nell'area territoriale di ASUGI così come definito dalla LR 22 /19.	Istituzione di tavoli di lavoro con ASUGI finalizzati all'elaborazione del testo convenzionale entro 90 giorni successivi alla DGR prevista dalla LR 22/2019	entro 90 giorni dalla DRG	XX	Si chiede un coinvolgimento attivo anche di ASUGI/ progettualità segnalata nella proposta PAO 2021 e con nota prot. 3218/2021	DA/ DS	DA/ DS
	Logistica	Proseguire nel percorso di risoluzione delle criticità logistiche dell'Istituto mediante l'acquisizione degli spazi degli edifici attigui all'Istituto	Esecuzione dei lavori necessari per il trasferimento degli uffici amministrativi ed identificazione degli spazi da dedicare all'attività ambulatoriale	31/12/2021	XX		DA/ DS	DA/ DS
	Programma trapianti metropolitano	Istituire, con la preventiva autorizzazione regionale, un Programma unico di trapianto FVG tra i centri di emato-oncologia regionali coinvolti nell'attività di trapianto allogeneico di CSE (AS, da formalizzare presso le Autorità nazionali competenti (CNT e GITMO).	Formalizzazione del programma	31/12/2021	XX		DS	DS
	Fase 1	Sviluppare all'utilizzo di terapie innovative avviando tutte le procedure per il riconoscimento dell'IRCCS Burlo Garofolo come centro per le sperimentazioni cliniche di Fase I, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015 e secondo quanto disciplinato dalla normativa di settore in relazione ai criteri di accreditamento e certificazione	Procedure per il riconoscimento avviate	31/12/2021	XX		DS	Danielli
	Valorizzazione attività	Individuare, d'intesa con la Direzione Centrale Salute ed ARCS, uno strumento di riconoscimento economico e di finanziamento dell'attività altamente specialistica dell'IRCCS non comparabile alle prestazioni per adulti.	Istituzione di un tavolo di lavoro con DCS e ARCS finalizzato all'applicazione delle tariffe per gli ospedali pediatrici monospecialistici ex CSR 2018		XX		DA	Vardabasso

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARTINA VARDABASSO

CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I

DATA FIRMA: 29/06/2021 16:35:41

IMPRONTA: 758EEC7C1938E4994CB9F20DA988C86D7D1DB6AB2F34994C7B58F88975A08EB8
7D1DB6AB2F34994C7B58F88975A08EB83E5FEF68D87D311C56C9CC64370D73D5
3E5FEF68D87D311C56C9CC64370D73D59D71E15C7B01E9BB7F0CE1F19CEC7CF
9D71E15C7B01E9BB7F0CE1F19CEC7CF1A466837345116D1BF2197A9FA98D488