

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 266 DEL 11/12/2023

OGGETTO: Rinegoziazione budget 2023 – modifica del decreto N. 151/2023 dd. 31/5/2023
“Assegnazione per l’anno 2023 del budget ai centri di attività e 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>	
IL RESPONSABILE DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 17 novembre 2023	dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 17 novembre 2023

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamato il decreto n. 224 dd. 30/12/2023 relativo all'adozione del Sistema di valutazione a valere sull'anno 2022 ed in corso di revisione nell'anno 2023 per la parte relativa alla valutazione individuale;

visto il decreto n. 141 dd. 17/5/2023 con il quale è stato adottato il PAO 2023;

richiamata la DGR 1682 dd 11/11/2022 con la quale la regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha consolidato i piani attuativi ed i bilanci preventivi delle aziende del SSR, apportando ed integrando alcuni obiettivi assegnati dalla programmazione regionale;

atteso che con decreto n. 151 dd. 31/5/2023 si è proceduto all' "Assegnazione per l'anno 2023 del budget ai centri di attività e di risorsa";

considerato che nel corso del monitoraggio degli obiettivi 2023, avvenuto nel mese di settembre 2023, sono emersi degli errori materiali, oltre che alcune criticità, segnalate dai responsabili dei singoli progetti;

ritenuto pertanto di dover rimodulare alcuni indicatori al fine di rendere maggiormente coerente l'obiettivo all'indicatore stesso, così come indicato nell'allegato 1 "Obiettivi di attività 2023 - revisione", nel campo note ed in carattere maiuscolo;

valutato di procedere alla formale rinegoziazione di alcuni obiettivi in quanto il mancato raggiungimento degli stessi risulta indipendente dalla responsabilità delle strutture, così come accertato dalla Direzione Strategica;

ritenuto conseguentemente di procedere alla riformulazione di alcuni obiettivi, nei nuovi termini indicati nell'allegato 1 "Obiettivi di attività 2023 - revisione", facente parte integrante del presente provvedimento nel campo note ed in carattere maiuscolo;

considerato che le modifiche intervenute in corso d'anno nell'assetto organizzativo al fine di realizzare il progressivo adeguamento all'Atto Aziendale verranno pienamente applicate in sede di budget 2024;

accertato che i responsabili dei centri di attività assegnatari dei summenzionati obiettivi sono stati tempestivamente informati delle predette modifiche apportate e che le stesse sono state con essi condivise;

verificato 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;

riscontrato che sul presente decreto sono stati espressi i pareri favorevoli sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile da parte dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici;

acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Scientifico;

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di procedere alla rimodulazione di alcuni obiettivi, indicatori e soglie, previsti nel decreto n. 151/2023 nei nuovi termini indicati nell'allegato 1 "Obiettivi di attività 2023 - revisione", come evidenziato nel campo note ed in carattere maiuscolo, facente parte integrante del presente provvedimento;

2. di dare atto che nessun costo discende direttamente dal presente provvedimento.

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 DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL DIRETTORE SANITARIO
dott.ssa Serena Sincovich <i>atto firmato digitalmente</i> data 27 novembre 2023 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 2 del 02.01.2020	prof. Massimo Zeviani <i>atto firmato digitalmente</i> data 07 dicembre 2023 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 59 del 27.04.2022	dott.ssa Paola Toscani <i>atto firmato digitalmente</i> data 07 dicembre 2023 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2020

DIRETTORE GENERALE
dott. Stefano Dorbolò <i>atto firmato digitalmente</i>

ELENCO ALLEGATI:
1. allegato 1 rev bgt 2023

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: 11/12/2023 14:36:23

IMPRONTA: 8B9E61E31C7AA4E1A5B38424FD4E3B44E2824E88E813FA7EC17B4AAC2FC08F1C
E2824E88E813FA7EC17B4AAC2FC08F1CBB1D2C2A4D27A47E9085B61470716BD3
BB1D2C2A4D27A47E9085B61470716BD37B8C6B503AE8C875BE4268F8192A9E23
7B8C6B503AE8C875BE4268F8192A9E23F18A017E2EF3F5B15808B25E62A13DE0



Allegato 1

**Obiettivi di attività 2023
- revisione -**

Direzione Generale	
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)	04
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	06
UFFICIO FORMAZIONE.....	08
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA).....	10
Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa	
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	12
S.C. GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA	14
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI.....	16
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	19
S.C. GESTIONE TECNICA EDILE IMPIANTISTICA.....	21
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE TECNICO AMMINISTRATIVA.....	24
Direzione Sanitaria	
DIREZIONE SANITARIA	26
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	29
S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	32
SSD FARMACIA.....	35
Direzione Scientifica	
DIREZIONE SCIENTIFICA.....	38
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	40
Dipartimento di Pediatria	
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA.....	43
S.C. ONCOEMATOLOGIA	46
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	49
S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	52
Dipartimento di Chirurgia	
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	54
S.C. OCULISTICA	57
S.S.D. ODONTOSTOMATOLOGIA	59
S.C. CHIRURGIA.....	62
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA.....	64
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.....	66

Dipartimento Materno – Neonatale e delle Terapie Intensive

S.C. NEONATOLOGIA	68
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA ...	71
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	73
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	75
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	78

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE	81
S.C. GENETICA MEDICA.....	83
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA.....	85
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE	88

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
3.8		Azioni di prevenzione e contrasto alla violenza contro la donna	SI	C	10		- Campagna di sensibilizzazione rivolta a utenti e personale contro la violenza sulle donne. https://www.burlo.trieste.it/content/burloviolenza-sulle-donne ; - Adesione open week di ONDA contro la violenza sulle donne; - Attivita' di comunicazione e sensibilizzazione.		
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	C	10		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
7.2		Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI	C	15		Costituzione gruppo di lavoro stabile URP/Direzione Scientifica/ SSD Politiche del personale/Sc Affari Generali e Legali		
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	C	15		- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia.		
9.1		Customer satisfaction	SI	C	15		Coordinare le indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione con SC/SD)		
9.2		Risposta ai reclami entro 30 giorni	SI	C	10		Risposta ai reclami entro 30 giorni per almeno l'80% dei casi		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	9.3	Scuola in Ospedale	SI	C	10		Realizzazione di progettualita' e interventi a supporto e per la promozione della Scuola In Ospedale		
3.10	10.13	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile: servizio civile	SI	C	5		- Definizione di un percorso interno di analisi di concerto con il Servizio competente ; -Partecipazione agli incontri ; -Report di analisi aziendale e procedura percorsi entro il 31.12.2023		
	10.19	Miglioramento della Comunicazione aziendale	SI	C	10		Redazione di una procedura per la gestione della comunicazione aziendale, in collaborazione con il Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	3.9	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in eta' infantile	SI	C		10	- invio trimestrale al servizio SPPA dei dati relativi agli incidenti domestici (fonte SEI)		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	20	20	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente. 3. Garantire il monitoraggio della sezione Anticorruzione del PIAO.		
	7.3	Coordinamento dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	SI	D	5		Partecipazione al tavolo interaziendale con i RPCT e loro personale di supporto degli Enti del SSR FVG entro il 30/4, costituito da ARCS.		
	7.4	Coordinamento delle attivita' dei Responsabili degli acquisti e dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	SI	D	5		Partecipare alla definizione di un regolamento unico regionale per le incompatibilita' ed i conflitti di interesse per la partecipazione alle procedure di gara entro il 31/12/2023		
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	20	20	- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Azioni di miglioramento sulla sezione Amministrazione trasparente del sito web delle PA; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia.		
	10.16	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 il 30/09		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	12.3	Linee di gestione	SI	E	15	15	monitoraggio degli indicatori LEA e tempi d'attesa		
	14.1	Trasmissione flussi informativi su portale NSIS	SI	E	10	10	dati scaricati, elaborati e trasmessi entro le scadenze		
	16.4	Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	E	15	15	- Pubblicazione, mensile su intranet, del report di monitoraggio consumi delle SC/SSD ; - Segnalazione dei principali scostamenti ai responsabili.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Catia Pagnutti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	3.5	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Promozione e sostegno all'allattamento Garantire iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	SI	C		10	- Mantenimento della formazione sull'allattamento con metodologia BPL nell'80% degli operatori dedicati (report dei referenti aziendali alla DCS) - Almeno un corso di formazione interaziendale su farmaci, vaccinazioni e allattamento		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	C		10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	C		20	- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia; - Emissione di una Guida ai Servizi; -Customer satisfaction interna sul grado di conoscenza delle servizio di formazione; -Audit preliminare alla visita di sorveglianza per la norma ISO 21001		
	10.21	1. Aderire ai requisiti previsti dai vigenti regolamenti regionali in tema di Accredimento dei provider 2. Realizzare i corsi assegnati al provider IRCBG in relazione a quanto previsto dal PFR 3. Utilizzare il nuovo applicativo di reportistica per la redazione della relazione annuale del provider	SI	C		15	1. In caso di visita di accreditamento dei provider, adesione ai requisiti previsti dai vigenti regolamenti, ossia messa a regime delle eventuali NC riscontrate 2. Per i corsi previsti nel PFR e attivati, la rendicontazione avviene con cadenza trimestrale e annuale 3. La relazione annuale del Provider e' elaborata utilizzando il nuovo applicativo di reportistica, se disponibile		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Catia Pagnutti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	11.1	Programmazione della formazione	SI	C		10	- Trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2023 ; -eventuale aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR ; - redazione ed invio della Relazione annuale sulle attivita' formative 2022 entro il 31 maggio 2023.		
	11.2	Realizzazione delle attivita' previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	SI	C		10	- Realizzare un corso per la prevenzione delle infezioni ospedaliere ; - Realizzare/partecipare alle attivita' formative per incrementare le competenze digitali degli operatori in tema di FSE. - Partecipazione ai tavoli regionali relativi alla formazione del middle management (almeno 90%)		
	12.8	Implementazione e monitoraggio dei corsi obbligatori per i lavoratori come previsto dal D.lgs. n. 81/2008 s.m.i. Accordo Stato Regioni del 21/12/2011	SI	C		10	Monitoraggio semestrale responsabili/incarichi organizzativi delle strutture/servizi		
	16.6	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C		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.		
	17.3	Rete oncologica pediatrica Elaborazione e condivisione di almeno 1 protocollo clinico assistenziali in ambito onco ematologico	SI	C		10	Entro il 31.12.2023 sono realizzati almeno 3 eventi formativi di presentazione e condivisione del protocollo elaborato.		
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
3.9		COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in eta' infantile	SI	E	5	5	Entro il 31 dicembre 2023 -counselling e distribuzione materiale informativo in occasione dei corsi di preparazione al parto, inserimento al nido, vaccinazioni, bilancio di salute pediatra Note: NUOVO INDICATORE: Entro il 31 dicembre 2023 -counselling e distribuzione materiale informativo in occasione DI MANIFESTAZIONI PUBBLICHE in quanto l'IRCCS non e' presente nelle attivita' del consultori		
3.10		Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita - Almeno 2 incontri del gruppo di lavoro Promozione alla Salute/HPH, medici competenti e RSPP aziende ed enti sanitari - Evento formativo per formazione medici competenti su counseling breve	SI	E	10	10	- >= 2 incontri ; - 1 evento formativo realizzato		
3.11		Piano mirato di prevenzione per la gestione dei rischi psicosociali in sanita'	SI	E	10	10	- Partecipazione all'evento formativo regionale organizzato dalGruppo regionale RSPP/medici competenti coordinato da ASU GI & UCO Med. Lavoro per figure aziendali prevenzione delle aziende sanitarie sulla identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi psicosociali in ambito sanitario e loro prevenzione		
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	20	20	- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Partecipazione agli incontri dell'Unita' per la sperimentazione clinica con farmaci di fase I; -Collaborazione all'iter di accreditamento dell'UF1 con AIFA; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia.		
	10.5	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	10	10	Supporto al trasferimento presso i nuovi locali ed alla riqualificazione dei locali presso via dell'Istria		
	12.1	Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	E	20	20	coordinare/organizzare la formazione (almeno 6 edizioni)		
	12.6	Adeguare il piano per le emergenze per le nuove sedi aziendali	SI	E	10	10	Documento relativo al piano antincendio dei civici 61 e 63 di via dell'Istria.		
	12.8	Implementazione e monitoraggio dei corsi obbligatori per i lavoratori come previsto dal D.lgs. n. 81/2008 s.m.i. Accordo Stato Regioni del 21/12/2011	SI	E	5	5	Monitoraggio semestrale responsabili/incarichi organizzativi delle strutture/servizi		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	15	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	7.2	Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI	E	10	10	Costituzione gruppo di lavoro stabile URP/Direzione Scientifica/ SSD Politiche del personale/Sc Affari Generali e Legali		
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	15	15	- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia.		
3.10	10.13	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile: servizio civile	SI	E	10	10	- Definizione di un percorso interno di analisi di concerto con il Servizio competente ; -Partecipazione agli incontri ; -Report di analisi aziendale e procedura percorsi entro il 31.12.2023		
	10.22	Dematerializzare la posta cartacea e la posta digitale scaricata su supporto cartaceo per il visto della Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria e non destinata all'archiviazione in originale presso le strutture dell'Istituto, al fine di ridurre il volume dell'archivio documentale anche a seguito del trasferimento dell'Ufficio Protocollo nella nuova sede sita presso il Comprensorio ex Opera San Giuseppe.	SI	E	15	15	numero di scansioni pari ad una percentuale della posta da archiviare presso l'ufficio protocollo		80%

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	12.9	Aggiornamento del Regolamento aziendale disciplinante le sperimentazioni profit e no profit (rif. decreti attuativi del Regolamento europeo n. 536/2014).	SI	E	15	15	Aggiornamento del testo regolamentare vigente disciplinante le sperimentazioni profit e no profit. previa analisi della normativa attuativa. bozza entro il 31/12/2023		
	12.10	Revisione del Regolamento aziendale disciplinante i rapporti con gli Enti del Terzo Settore	SI	E	10	10	Aggiornamento del testo regolamentare disciplinante i rapporti con gli Enti del Terzo Settore e predisposizione del provvedimento di approvazione entro il 31/12/2023		
	16.6	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.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	20	20	- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia		
	8.4	Aggiornare la procedura per l'accesso alle tecniche di PMA omologa ed eterologa	SI	E	5	5	collaborare alla revisione della procedura		
	10.17	Pay-Back dispositivi medici	SI	E	15	15	predisposizione elenchi ed invio copie delle fatture richieste per istanza di accesso agli atti e per supporto all'Avvocatura della Regione relativamente ai contenziosi per pay-back D.M. anni 2015-2016-2017-2018		
	10.23	Gestione delle attivita' fuori sede	SI	E	10	10	Partecipare alla revisione del regolamento e alla redazione dellaprocedura operativa sulle attivita' fuori sede		
	15.5	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	SI	E	10	10	Partecipare alle attivita' del gruppo di lavoro		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	16.6	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.		
	16.7	Garantire la tempestiva e corretta contabilizzazione dei progetti di ricerca finalizzata	SI	E	15	15	Monitoraggio dei progetti di ricerca finalizzata in collaborazione con la Direzione scientifica in occasione dei rendiconti.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	15	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	7.4	Coordinamento delle attivita' dei Responsabili degli acquisti e dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	SI	E	5	5	Partecipare alla definizione di un regolamento unico regionale per le incompatibilita' ed i conflitti di interesse per la partecipazione alle procedure di gara entro il 31/12/2023		
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	10	10	- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Corso interno su qualita' e accreditamento; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia; -Audit di autovalutazione dei requisiti tecnologici per l'accreditamento istituzionale degli ospedali		
	10.5	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	20	20	Garantire l'acquisizione/trasferimento delle apparecchiature/ attrezzature/ arredi per i seguenti lavori: - conclusione lavori civico n. 63 (ambulatori) entro il 30/09; - conclusione lavori civico n. 59 entro il 30/09; - avvio lavori civico n. 61 entro il 31/12; - conclusione lavori mensa entro il 31/05; - conclusione lavori sala d'attesa e nuovo cup entro il 30/06; - conclusione lavori potenziamento rete ospedaliera (2 PL aggiuntivi di terapia intensiva) entro il 30/09; - coordinamento della progettazione degli spazi dell'ecografia prenatale e avvio dei lavori entro il 31/10.		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
							Note: NUOVO INDICATORE: 1 conclusione lavori civico n. 63 (ambulatori) entro il 30/09 2 conclusione lavori civico n. 59 ENTRO il 31/12 (il cantiere non e' stato avviato nelle tempistiche concordate a causa delle interferenze con il cantiere del civico 63) 3 avvio lavori civico n. 61 entro il 31/12: DA STRALCIARE PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLA STRUTTURA (MANCANZA DI FINANZIAMENTO); 4 conclusione lavori mensa entro il 31/05 5 conclusione lavori sala d'attesa e nuovo cup entro il 30/06 6 conclusione lavori potenziamento rete ospedaliera (2 PL aggiuntivi di terapia intensiva) entro il 30/09: DA STRALCIARE PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLA STRUTTURA (L'IMPRESA VINCITRICE HA CHIESTO PROROGHE) ; 7 coordinamento dellaprogettazione degli spazi dell'ecografia prenatale e avvio dei lavori entro il 31/10: DA STRALCIARE PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLA STRUTTURA (IL PROGETTO INIZIALMENTE IPOTIZZATO E' STATO ABBANDONATO E RIVISTO PERTANTO NON E' STATO POSSIBILE INIZIARE I LAVORI)		
	12.1	Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	E	10	10	partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
	12.2	Programmazione degli investimenti per l'anno 2024	SI	E	5	5	adottare il PPI 2024 entro il 15 settembre 2023 completo di una relazione illustrativa che evidenzi le finalita' e le prioritita' degli interventi previsti		
	12.3	Linee di gestione	SI	E	10	10	partecipare alle attivita' previste dalle linee regionali sez. PNRR		
	12.4	Gestione di farmaci e dispositivi Acquisto di altri beni e servizi	SI	E	5	5	partecipazione ai tavoli arcs previsti nelle linee progettuali per quanto di competenza (dispositivi medici, acquisto di altri beni e servizi)		
	15.4	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	SI	E	5	5	- Individuazione e comunicazione alla DCS dei referenti aziendali per la sicurezza informatica; - Partecipazione agli incontri del gruppo regionale per la sicurezza informatica		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	15.7	Elaborare uno studio di fattibilita' per istituire un Ufficio a supporto del DPO	SI	E	5	5	evidenza documentale dello studio di fattibilita'		
	16.6	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.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott. Laura Mandelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	15	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	7.2	Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI	E	10	10	Costituzione gruppo di lavoro stabile URP/Direzione Scientifica/ SSD Politiche del personale/Sc Affari Generali e Legali		
	7.5	Implementazione PerlaPa e amministrazione trasparente	SI	E	15	15	Inserimento in PerlaPa dei dati relativi agli incarichi di collaborazione		
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	10	10	- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia		
	10.23	Gestione delle attivita' fuori sede	SI	E	15	15	Revisione del regolamento e redazione della procedura operativa sulle attivita' fuori sede		
	12.7	Attuazione del nuovo Atto aziendale	SI	E	15	15	Redazione del nuovo regolamento sugli incarichi del comparto ex CCNL 2.11.2022: adozione del provvedimento recante l'assetto organizzativo degli incarichi		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott. Laura Mandelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
							Note: si ritiene di rinviare la predisposizione dell'assetto organizzativo in attesa delle indicazioni regionali (LLGG 2024) sulla rideterminazione dei fondi contrattuali (cd.perequazioni aziendali dei fondi) NUOVO INDICATORE: Redazione e PRESENTAZIONE ALLA DIREZIONE STRATEGICA del nuovo regolamento PER LA DISCIPLINA degli incarichi del comparto AI SENSI DEL CCNL 2.11.2022		
11.4.8	15.3	Sistema gestionale del personale Implementazione delle tabelle e dei sistemi gestionali nei tempi e secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilita', INSIEL e GPI.	SI	E	10	10	I dati implementati dovranno essere visibili all'interno del cruscotto regionale		
	16.6	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.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica Edile Impiantistica

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	15	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
<p>Note: PESO MODIFICATO (DA 10A 15) PER STRALCIO OBIETTIVO 17.1</p>									
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	15	15	- Revisione annuale del manuale di struttura; -Aggiornamento contenuti specifici sul sito web; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023; -PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Documentazione SGQ non superiori a 3 anni; -Almeno una attivita' di verifica allarmi sala criogenica; -Se applicabile, e' documentato il programma di inserimento del personale di nuova acquisizione completo di valutazione sul grado raggiunto di autonomia		
<p>Note: PESO MODIFICATO (DA 10A 15) PER STRALCIO OBIETTIVO 17.1</p>									
	8.3	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	10	10	compilare autovalutazioni per l'accreditamento istituzionale/autorizzazione		
	10.5	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	35	35	- conclusione lavori civico n. 63 (ambulatori) entro il 30/09; - conclusione lavori civico n. 59 entro il 30/09; - avvio lavori civico n. 61 entro il 31/12; - conclusione lavori mensa entro il 31/05; - conclusione lavori sala d'attesa e nuovo cup entro il 30/06; - conclusione lavori potenziamento rete ospedaliera (2 PL aggiuntivi di terapia intensiva) entro il 30/09; - coordinamento dellaprogettazione degli spazi dell'ecografia prenatale e avvio dei lavori entro il 31/10.		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica Edile Impiantistica

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
							<p>Note: NUOVO INDICATORE: 1 conclusione lavori civico n. 63 (ambulatori) entro il 30/09 2 conclusione lavori civico n. 59 ENTRO il 31/12 (il cantiere non e' stato avviato nelle tempistiche concordate a causa delle interferenze con il cantiere del civico 63) 3 avvio lavori civico n. 61 entro il 31/12: DA STRALCIARE PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLA STRUTTURA (MANCANZA DI FINANZIAMENTO); 4 conclusione lavori mensa entro il 31/05 5 conclusione lavori sala d'attesa e nuovo cup entro il 30/06 6 conclusione lavori potenziamento rete ospedaliera (2 PL aggiuntivi di terapia intensiva) entro il 30/09: DA STRALCIARE PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLA STRUTTURA (L'IMPRESA VINCITRICE HA CHIESTO PROROGHE) ; 7 coordinamento della progettazione degli spazi dell'ecografia prenatale e avvio dei lavori entro il 31/10: DA STRALCIARE PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLA STRUTTURA (IL PROGETTO INIZIALMENTE IPOTIZZATO E' STATO ABBANDONATO E RIVISTO PERTANTO NON E' STATO POSSIBILE INIZIARE I LAVORI)</p>		
	12.1	Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	E	10	10	partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
	12.2	Programmazione degli investimenti per l'anno 2024	SI	E	5	5	adottare il PPI 2024 entro il 15 settembre 2023 completo di una relazione illustrativa che evidenzi le finalita' e le prioritari' degli interventi previsti		
	16.6	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.		
	17.1	Rete Cure palliative pediatriche e terapia del dolore. Avviare l'attivita' dell'Hospice pediatrico	SI	E	0	0	Entro il 31.12.2023 sono attivi presso l'Istituto n. 2 posti letto di Hospice pediatrico.		
							<p>Note: OBIETTIVO STRALCIATO in quanto i posti letto verranno inizialmente attivati senza la necessita' di interventi edili-impiantistici</p>		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica Edile Impiantistica

**Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	10	10	Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	10.19	Miglioramento della Comunicazione aziendale	SI	E	10	10	Redazione di una procedura per la gestione della comunicazione aziendale, in collaborazione con URP e Ufficio stampa		
	10.20	Organizzazione dell'attivita' di segreteria di Direzione strategica	SI	E	10	10	Proposta di uno studio di fattibilita' per la riorganizzazione dell'attivita' della segreteria di direzione strategica		
	12.5	Riordino IRCCS	SI	E	20	20	- Trasmissione ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCSPSD di una proposta di atto aziendale aggiornato nel rispetto di quanto disposto dal d.lgs.n. 200/2022; -Comunicazione del numero di posti destinati alle attivita' di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCSPSD; - Comunicazione dell'afferenza all'area o alle aree tematiche ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCS.		
	12.5	Riordino IRCCS	SI	E	20	20	- Partecipazione e supporto al processo di modifica dell'atto aziendale; - Adozione dei conseguenti provvedimenti attuativi interessati dalla variazione: funzionigramma e regolamento organizzativo.		
	12.7	Attuazione del nuovo Atto aziendale	SI	E	10	10	Partecipazione alla redazione del nuovo regolamento sugli incarichi del comparto ex CCNL 2.11.2022: adozione del provvedimento recante l'assetto organizzativo degli incarichi		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
							<p>Note: si ritiene di rinviare la predisposizione dell'assetto organizzativo in attesa delle indicazioni regionali (LLGG 2024) sulla rideterminazione dei fondi contrattuali (cd.perequazioni aziendali dei fondi) NUOVO INDICATORE: partecipazione alla redazione del nuovo regolamento PER LA DISCIPLINA degli incarichi del comparto AI SENSI DEL CCNL 2.11.2022</p>		
	15.6	Sito internet. Aggiornamento dell'organigramma.	SI	E	20	20	<p>Aggiornare, in collaborazione con i competenti uffici, la configurazione e i contenuti dell'organigramma da pubblicare sul sito internet entro il 30/09</p> <p>Note: INDICATORE RIMODULATO: scadenza spostata al 31/12a causa della complessita' dell'attivita' di che trattasi che richiede il coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative dell'Istituto</p>		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.3		Supportare le SC/SSD nel miglioramento del rispetto dei tempi d'attesa	SI	E	10	10	- Miglioramento dello stato di saturazione delle agende contenente prestazioni traccianti rispetto al 2022; - Diminuzione del 10% rispetto al 2022 degli errori in SIASI riferiti alla presenza di impegnative con codice fittizio		evidenza dell'attivita' svolta
3.2		Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	SI	D	5		Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma; entro 31.12.2023 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2023 Note: INDICATORE RIMODULATO: come da consolidato preventivo, la scadenza per il report ad ARCS viene posticipata al 31/01/2024		
3.13		Garantire il rispetto delle progettualita' regionali del rischio clinico	SI	E	5	15	- Realizzazione delle progettualita' dal Programma regionale Rete Cure sicure e rendicontazione delle progettualita' regionali entro le scadenze previste per la rendicontazione trimestrale ad ARCS/DCS (31/5 - 31/7/ 31/10)		
3.16		Formazione del personale per la diffusione dei PDTA sulla violenza alle donne e ai minori	SI	E	5	5	Almeno 1 incontro formativo di con il personale coinvolto per ogni PDTA		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	E	5	5	Almeno 1 articolo con IF accettato		
8.4		Aggiornare la procedura per l'accesso alle tecniche di PMA omologa ed eterologa	SI	E	10	5	procedura aggiornata entro il 30/06/2023 Note: INDICATORE RIMODULATO: procedura aggiornata entro il 31/12/2023		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
8.6		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	15	15	Collaborazione all'iter di accreditamento dell'UF1 con AIFA (relazione) Collaborazione per l'implementazione del nuovo format per la cartella clinica di Day Hospital ostetrico (presenza nuovo format per la CC DH ST) Supporto alla Clinica ostetrico ginecologica per l'introduzione e sperimentazione del supporto informatizzato per la gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico (relazione) Supporto al percorso di accreditamento Ospedale amico del bambino a dedicati, informati e coinvolti (relazione)		
8.8		Mantenere / conseguire le certificazioni volontarie	SI	E	10	10	- PROSA: revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, del Total Quality Management sulla nuova versione del processo (creata da Responsabile Qualita') - Documentazione SGQ non superiori a 3 anni (presenza di documentazione aggiornata; Note: INDICATORE RIMODULATO: - PROSA: revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, del Total Quality Management sulla nuova versione del processo (creata da Responsabile Qualita') - Documentazione SGQ non superiori a 3 anni (presenza di documentazione aggiornata: > 50%		
10.1		Fibrosi cistica Avviare lo screening per la fibrosi cistica come da cronoprogramma della Direzione Sanitaria	SI	E	5	5	avvio dello screening		
10.26		Migliorare l'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale	SI	E	5	5	Invio periodico ai prescrittori del report contenente le prescrizioni non appropriate, segnalate dagli specialisti dell'IRCCS		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	E	10	5	partecipare all'organizzazione della formazione		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	13.2	Condivisione della nuova scheda di attivazione dei percorsi di continuita' assistenziale interna per i minori con bisogni complessi	SI	E	5	5	Evidenza documentale (verbali) di almeno 2 incontri svolti durante l'anno		
	15.7	Elaborare uno studio di fattibilita' per istituire un Ufficio a supporto del DPO	SI	D	5	0	Supporto alla redazione dello studio di fattibilita'		
4.4	17.15	Garantire l'attivita' della rete pediatrica	SI	E	5	15	- Sviluppare sul sito del Burlo le informazioni relative alla rete pediatrica - Entro il 31.12.2023 sono realizzati almeno 3 eventi formativi di presentazione e condivisione del protocollo elaborato nell'ambito della rete oncologica pediatrica - Entro il 31.12.2023 e' definita e trasmessa in ARCS e DCS la proposta di interventi di provata efficacia, utili a ridurre gli accessi inappropriati ai PS pediatrici - Entro il 31.12.2023 sono attivi presso l'Istituto n. 2 posti letto di Hospice pediatrico.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	E	10	10	1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	E	10	10	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio -100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI	E	10	10	Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL01/10 Valutazione della Commissione Prontuario		
8.7		Proseguire il percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	E	5	5	- Partecipare alla formazione del personale dedicato e coinvolto per i raggiungimento degli standard Unicef - Mantenimento del tasso di allattamento esclusivo alla dimissione >80%		pers. dedicato >80%; pers. coinvolto >30%; allattamento >80%

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
9.1		Customer satisfaction	SI	E	5	5	Coinvolgere l'utenza nella rilevazione della qualita' percepita tramite la distribuzione dei questionari nelle aree di degenze e ambulatoriali. (almeno 159 in Clinica Pediatrica/NPI, 118 in Oncoematologia, 175 nelle specialita' chirurgiche, 177 in Ginecologia e ostetricia e 110 in Neonatologia/TIN)		
10.2		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	E	10	10	Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022 Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia campi di competenza (entrata - uscita paziente) compilati correttamente >=75%		
10.5		Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	5	5	- partecipare alla progettazione dei nuovi spazi dell'ecografia e dell'accettazione ostetrico-ginecologica - Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata		
10.6		Logistica - Lavori di adeguamento della terapia intensiva	SI	E	5	5	Collaborare all'organizzazione e garantire l'esecuzione dei lavori		
10.25		Elaborare una procedura per la gestione degli allarmi dei frigoriferi dei laboratori	SI	E	10	10	Documento redatto ed inviato alla Direzione Sanitaria		
11.2		Realizzazione delle attivita' previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	SI	E	5	5	- Partecipazione ai tavoli regionali relativi alla formazione del middle management (almeno 90%)		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
11.3		Organizzazione Convegno Cura, Diritti, Innovazione e Professioni Sanitarie	SI	E	5	5	- Partecipazione trasversale alle 4 Piattaforme di Professionisti Sanitari in dotazione alla DPS nella definizione ed organizzazione dell'evento (Almeno 1 dipendente IRCCS per Professione Sanitaria in dotazione alla DPS); - Accreditemento ECM dell'evento (Almeno 2 professionisti per area di coordinamento)		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	E	10	10	partecipare alla formazione (almeno il 20% del personale assegnato alla struttura con almeno 3 per coordinamento, compreso il coordinatore)		
15.2		Sviluppare l'APP "TON" e favorire il reclutamento delle pazienti per lo sviluppo dell'APP "CARE 1000" sulla gestione della gravidanza	SI	E	5	5	evidenza dell'attivita' svolta		
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (Quality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI	E	5	5	- attuazione del percorso DAMA - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% deicasi segnalati		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	3.14	Realizzare il programma di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA	SI	E	20	20	Raggiungimento del 100% degli obiettivi previsti dal programma Cure Sicure		
	3.15	Produzione di video educativi su tematiche riguardanti l'igiene e la prevenzione delle infezioni da diffondere a circuito chiuso in punti strategici individuati all'interno dell'Istituto.	SI	E	5	5	- produzione video per l'utenza e per il personale; - individuazione punti strategici e installazione monitor/televisori.		
1.1.3.10	3.17	Incrementare il calcolo del rischio cardiovascolare (CV) nella popolazione di eta' media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche	SI	E	5	5	Calcolo del rischio CV secondo linee guida europee (SCORE 2) di almeno il 50% dei lavoratori visitati e valutabili nel corso del 2023, e contestuale invio a valutazione specialistica del 75% dei pazienti segnalati a rischio alto/molto alto.		
	4.1	Mantenimento dello status di IRCCS	SI	E	5	5	Almeno 1 articolo con IF accettato		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.8	Mantenere / conseguire le certificazioni volontarie	SI	E	10	10	- PROSA: inserimento/ revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, del Total Quality Management sulla nuova versione del processo (creata da Responsabile Qualita') - Documentazione SGQ non superiori a 3 anni (presenza di documentazione aggiornata)		
							Note: INDICATORE RIMODULATO: - PROSA: inserimento/ revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, del Total Quality Management sulla nuova versione del processo (creata da Responsabile Qualita') - Documentazione SGQ non superiori a 3 anni (presenza di documentazione aggiornata): > 50%		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	10.2	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	E	5	20	- Revisione e riorganizzazione delle attivita', dei processi e della disponibilita' dei servizi informativi necessari conformemente a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e funzionalmente all'attivita' di miglioramento del percorso perioperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa. - Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022		
							Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia campi compilati correttamente >=75%		
	10.5	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	15	5	Supporto alla SC Gestione Tecnica per i seguenti lavori: - conclusione lavori civico n. 63 (ambulatori) entro il 30/09; - conclusione lavori mensa entro il 31/05; - conclusione lavori sala d'attesa e nuovo cup entro il 30/06; - conclusione lavori potenziamento rete ospedaliera (2 PL aggiuntivi di terapia intensiva) entro il 30/09; - coordinamento dellaprogettazione degli spazi dell'ecografia prenatale e dell'accettazione ostetrico ginecologica e avvio dei lavori entro il 31/10.		evidenza dell'attivita' svolta
							Note: NUOVO INDICATORE: Supporto alla SC Gestione Tecnica per i seguenti lavori: - conclusione lavori civico n. 63 (ambulatori) entro il 30/09; - conclusione lavori mensa entro il 31/05; - conclusione lavori sala d'attesa e nuovo cup entro il 30/06; - conclusione lavori potenziamento rete ospedaliera (2 PL aggiuntivi di terapia intensiva) entro il 30/09; azione degli spazi dell'ecografia prenatale e avvio dei lavori entro il 31/10: DA STRALCIARE PER CAUSE NON IMPUTABILI ALLA STRUTTURA (IL PROGETTO INIZIALMENTE IPOTIZZATO E' STATO ABBANDONATO E RIVISTO PERTANTO NON E' STATO POSSIBILE INIZIARE I LAVORI) - coordinamento dellaprogettazione degli spazi dell'ecografia prenatale e dell'accettazione ostetrico ginecologica.		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	10.30	Elaborare e presentare un progetto per il percorso pre operatorio per ottimizzare il tempo di permanenza dei pazienti e famiglie presso l'Istituto	SI	C		5	documento elaborato e presentato alla Direzione Sanitaria		
	12.1	Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	E	10	10	partecipare all'organizzazione della formazione		
1.6	17.14	Garantire le progettualita' HPH entro le scadenze previste dalle linee di gestione.	SI	E	15	5	Evidenza delle azioni realizzate entro le scadenze previste dalle linee di gestione (Linea 1.6)		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI	D	15		Monitoraggio della riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci e segnalazione alle strutture coinvolte. Note: INDICATORE RIMODULATO: Monitoraggio della riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci e segnalazione alle strutture coinvolte. PERIODO DI VALUTAZIONE DAL 01/10		
6.2		Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	SI	D	10		Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessita' di intervento nell'ambito delle categorie di medicinali di cui e' disponibile l'alternativa biosimile, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. Modalita' di valutazione: Report inviati nei termini: si'/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si'/no (peso 70%)		report a DCS entro il 30/9/2023 ed entro 15/4/2024

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	6.3	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 30/09/2022 e di una relazione sull'attivita' annuale entro il 15/04/2023 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 inviate nei termini: si'/no (peso 20%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si'/no (peso 40%) Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)		report a DCS entro il 30/9/2023 ed entro 15/4/2024
6.6	6.4	Distribuzione diretta e DPC: applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia	SI	D	5		Relazione sulle attivita' svolte e valutazione delle ricadute in termini di efficientamento del rapporto costo-efficacia dei medicinali anche sulla base degli indicatori concordati. Documento da inviare entro il 31.12.2023. Modalita' di valutazione: Documento inviato nei termini: si'/no (peso 30%) Interventi positivi in base all'obiettivo assegnato: si'/no (peso 70%)		
	6.5	Farmacovigilanza per medicinali soggetti a prescrizione con Registro di monitoraggio AIFA: migliorare le segnalazioni in RNF di reazioni avverse relative a farmaci soggetti a registro di monitoraggio AIFA e l'aggiornamento degli operatori sanitari in tema di farmacovigilanza	SI	D	5		Monitoraggio dei Registri AIFA da parte del farmacista relativamente alle sezioni "rivalutazione e chiusura trattamento per ADR-Tossicita' e verifica di avvenuta segnalazione quando il campo riporta SI. Organizzazione da parte della farmacia di un incontro sui percorsi di segnalazione 2023 c/o le UUOO (clinica pediatrica e neuropsichiatria).		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	D	5		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	D	15		Revisione Guida dei Servizi (presenza GdS aggiornata; Aggiornamento contenuti specifici sul sito web (presenza invio testo di aggiornamento) Revisione annuale del manuale di struttura (presenza Manuale aggiornato) Riesame della Direzione entro 31/05/2023 (presenza riesame della Direzione entro la scadenza) PROSA revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo (creata da Responsabile Qualita') Documentazione SGQ non superiori a 3 anni (presenza di documentazione aggiornata) Corso base di formazione sui gas medicali (attestato del corso Direttore SC e sostituto) Partecipazione agli incontri dell'Unita' per la sperimentazione clinica con farmaci di fase I Collaborazione all'iter di accreditamento dell'UF1 con AIFA Convalida del trasporto del farmaco IMP dalla Farmacia all'Unita' di Fase I e viceversa.		
	12.4	Gestione di farmaci e dispositivi Acquisto di altri beni e servizi	SI	D	10		partecipazione ai tavoli arcs previsti nelle linee progettuali per quanto di competenza (farmaci)		
	12.11	Garantire il monitoraggio degli obiettivi collegati alla linea farmaceutica	SI	D	5		Invio della rendicontazione alla SSD Programmazione e controllo per i report trimestrali		
	17.5	Promozione della medicina di genere come strumento di appropriatezza clinica, principio di equita' delle cure per i bisogni di salute della donna e dell'uomo	SI	D	5		- Presentazione di proposta progettuale in ambito della medicina di genere		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	4.1	Mantenimento dello status di IRCCS	SI	E	10	10	Monitorarel'attivita' scientifica delle strutture dell'IRCCS attraverso la produzione di report sull' IF intermedi e annuali		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2023. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente. 3. Aggiornamento dei contenuti specifici sul sito web		
	7.2	Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI	E	10	10	Costituzione gruppo di lavoro stabile URP/Direzione Scientifica/ SSD Politiche del personale/Sc Affari Generali e Legali		
	8.5	Avviamento delle certificazioni	SI	E	10	10	-Mappatura dei campioni conservati nel locale Biorepository con separazione tra campioni per ricerca e assistenza, dotati o meno di consenso; - Partecipazione agli incontri dell'Unita' per la sperimentazione clinica con farmaci di fase I; - Collaborazione all'iter di accreditamento dell'UF1 con AIFA		
	10.18	Parita' di genere nella composizione del gruppo di ricerca per la presentazione di RC 2023	SI	E	10	10	- Report sulla percentuale di progetti che rispettano il principio della parita' di genere - Rapporto M/F complessivo per gruppo di lavoro e in totale		
	10.24	Implementazione dati nelle piattaforme gestionali "Carso" (ricercatori) Doc2Res (progetti di ricerca)	SI	E	10	10	100 % dei dati relativi ai ricercatori / pubblicazioni e ai progetti di ricerca inseriti		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	12.5	Riordino IRCCS	SI	E	10	10	- Trasmissione ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCSPSD, entro il 31 marzo 2023, di una proposta di atto aziendale aggiornato nel rispetto di quanto disposto dal d.lgs.n. 200/2022 ; -Comunicazione del numero di posti destinati alle attivita' di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCSPSD entro il 30 aprile 2023; -Comunicazione dell'afferenza all'area o alle aree tematiche ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCS entro il 31 marzo 2023 ; - Trasmissione ai competenti uffici del Ministero della salute, nei termini richiesti dalla normativa vigente, dei documenti richiesti dall'art. 9 del d.lgs. n. 200/2022		
	12.9	Aggiornamento del Regolamento aziendale disciplinante le sperimentazioni profit e no profit (rif. decreti attuativi del Regolamento europeo n. 536/2014).	SI	E	10	10	Aggiornamento del testo regolamentare vigente disciplinante le sperimentazioni profit e no profit. previa analisi della normativa attuativa. bozza entro il 31/12/2023		
	16.6	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.		
	17.5	Promozione della medicina di genere come strumento di appropriatezza clinica, principio di equita' delle cure per i bisogni di salute della donna e dell'uomo	SI	E	10	10	- Supporto alla redazione dellaproposta progettuale in ambito della medicina di genere - Rapporto tra proposte progettuali su medicina di genere/totale proposte progettuali presentate - Rapporto tra convegni/seminari su medicina di genere/numero totale di convegni e seminari realizzati		

Totale pesi: 100 100

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Scientifica

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 2022	Soglia
	3.2	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	SI	E	10	10	Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma; entro 31.12.2023 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2023 Note: INDICATORE RIMODULATO: come da consolidato preventivo, la scadenza per il secondo report da inviare ad ARCS viene posticipata al 31/01/2024		
	3.3	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Sistema nazionale di sorveglianza 0-2 Predisposizione di un report di monitoraggio sui dati raccolti e disseminazione dei risultati	SI	E	10	10	- Report di monitoraggio alla DCS - Incontro con gli operatori coinvolti per la diffusione dei risultati e l'individuazione di eventuali aree di miglioramento		
1.1.3.11	3.4	Programma PL14Programma formativo "Investire in salute primi 1000 giorni" Collaborare all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, proporre moduli formativi da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzare almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023	SI	E	10	10	- Invio programma formativo triennale alla DCS - Almeno un evento svolto nel corso del 2023 sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita		
1.1.3.9	3.12	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilita': Formazione operatori percorsi nascita in accordo con il PL 14 "Investire in salute nei primi 1000 giorni"	SI	E	10	10	Supporto ai percorsi previsti per il personale sanitario aziendale sui contenuti di competenza: evidenza supporto ai percorsi		
	4.1	Mantenimento dello status di IRCCS	SI	E	15	15	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Scientifica

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 2022	Soglia
							<p>Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)</p>		
	4.2	1) Mantenere e sviluppare network di ricerca europei sulla qualita' delle cure; 2) Mantenere e sviluppare progetti di ricerca in collaborazione con Istituti accademici internazionali di eccellenza	SI	E	15	15	1) Almeno 1 network di ricerca europeo attivo + report di monitoraggio; 2) Almeno 1 progetto di ricerca internazionale attivo+ report di monitoraggio.		
	5.1	1. Realizzare, in collaborazione con Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, la raccolta dati periodica nelle scuole relativa al Progetto OKKIO alla Salute; 2. Predisposizione e diffusione del report sui risultati della rilevazione 2022 della sorveglianza HBSC	SI	E	10	10	1. Raccolta dati nelle scuole relativa al Progetto OKKIO alla Salute realizzata; 2. Report con i risultati della rilevazione HBSC 2022 predisposto e inviato alla DCS; 3. Report e risultati della rilevazione HBSC 2022 diffusi al personale dei Dipartimenti di Prevenzione e delle scuole del FVG.		
	8.5	Avviamento delle certificazioni	SI	E	5	5	- Partecipazione agli incontri dell'Unita' per la sperimentazione clinica con farmaci di fase I; - Collaborazione all'iter di accreditamento dell'UF1 con AIFA		
	10.14	Disturbi del comportamento alimentare (DCA) Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	SI	E	5	5	Entro il 31.12.2023: invio congiunto ad ARCS e alla DCSPSD di un report di monitoraggio: - degli indicatori, definiti nel corso del 2022 - sulle attivita' - sull'outcome adulti e minori riferito all'anno 2023		
	12.5	Riordino IRCCS	SI	E	10	10	- Partecipazione e supporto al processo di modifica dell'atto aziendale; - Adozione dei conseguenti provvedimenti attuativi interessati dalla variazione: funzionigramma e regolamento organizzativo.		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Direzione Scientifica

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 2022	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 15				primevisite:cardiologica, endocrinologica, dermatologica, gastroenterologica, pneumologica;elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI D 5				Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL01/10 Valutazione della Commissione Prontuario		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
8.2		Mantenere le certificazioni	SI D 5				- Revisione Guida dei Servizi; -PROSA: revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Revisione annuale del manuale di struttura; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023.		
8.3		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI D 10				aggiornare i PDTA di pertinenza superiori ai 3 anni (16) Note: PESO MODIFICATO (DA 5 A 10) PER STRALCIO OBIETTIVO 17.6		
10.1		Fibrosi cistica Avviare lo screening per la fibrosi cistica come da cronoprogramma della Direzione Sanitaria	SI D 10				avvio dello screening		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 5				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 10				>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf Note: L'OBIETTIVO E' APPLICABILE E VERRA' VALUTATO CON RIFERIMENTO AI SOLI RICOVERI ORDINARI		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 5				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
17.1		Rete Cure palliative pediatriche e terapia del dolore. Avviare l'attivita' dell'Hospice pediatrico	SI D 5				Entro il 31.12.2023 sono attivi presso l'Istituto n. 2 posti letto di Hospice pediatrico.		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (Quality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI D 5				- attuazione del percorso DAMA - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% deicasi segnalati		
17.6		Istituzione di un percorso per gli adolescenti affetti da grave obesita' candidabili a chirurgia bariatrica.	SI D				Redigere un protocollo per la presa in carico degli adolescenti affetti da grave obesita'. Predisporre meeting multidisciplinari per discutere dei casi clinici. Aprire ambulatori condivisi tra Pediatri e Chirurghi bariatrici.		
							Note: OBIETTIVO STRALCIATO		
Totale pesi:							100		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		prima visita oncologica		
2.2		RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi monitorati, prioritari A Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		biopsia percutanea del fegato		85,71%
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI	D	5		Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL01/10 Valutazione della Commissione Prontuario		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
8.2		Mantenere le certificazioni	SI D 15				-Promozione dell'Unita' di fase I sul sito web -PROSA: inserimento delle fase e mappatura dei rischi relativamente al percorso di cura del paziente oncoematologico non candidato al trapianto;revisione dei rischi delle fasi relative al percorso di cura del paziente sottoposto a sperimentazione clinica con farmaci di fase I sulla nuova versione del processo;revisione dei rischi delle fasi relative al percorso di cura del paziente candidato al trapianto di CSE sulla nuova versione del processo.		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 10				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
13.1		La transizione del paziente oncologico dall'eta'pediatrica alla medicina dell'adulto. Dall'implementazione del passaporto del guarito come strumento per la transizione alla formazione del MMG	SI D 5				- Redazione di 50 passaporti del guarito; -Organizzazione di almeno 1 evento formativo rivolto al MMG. Rapporto tra passaporti redatti e consegnati > al 70 %		
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delleprestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 15				>= valore piu' altodella struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 5				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
17.3		Rete oncologica pediatrica Elaborazione e condivisione di almeno 1 protocollo clinico assistenziali in ambito onco ematologico	SI D 10				Entro il 30.06.2023 e' definita e trasmessa ad ARCS e DCS la proposta di protocollo Entro il 31.12.2023 sono realizzati almeno 3 eventi formativi di presentazione e condivisione del protocollo elaborato.		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
			Totale pesi: 100						

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 5				elettromiografia semplice (eta' < 18 anni)		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
3.6		Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Incentivare la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	SI D 5				Somministrazione ai pazienti segnalati dalla neonatologia(nati prematuri di peso < 1500g e/o di eta' gestazionale < 32 settimane) del protocollo valutativo. Report alla DCS		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI D 5				Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL01/10 Valutazione della Commissione Prontuario		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
10.10		Disturbi del comportamento alimentare: garantire l'operativita' degli osservatori epidemiologici	SI D 5				- Definizione del percorso aziendale da inviare alla DCSPSD entro il 31/12/2023 -invio congiunto ad ARCS e alla DCSPSD di un report di monitoraggio degli indicatori, definiti nel corso del 2022, sulle attivita' e sull'outcome adulti e minori riferito all'anno 2023 entro il 31/12/2023		
10.11		Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'eta' evolutiva a quella adulta	SI D 10				Trasmissione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della DCSPSD entro il 31/12/2023 di: - un report sulle attivita' di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'eta' evolutiva a quella adulta; - definizione di un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei giovani con quadro psicopatologico severo concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico		
10.28		Rimodulare le prestazioni di psicologia relative: a disturbi specifici di apprendimento, disturbi del neurosviluppo e psicopatologia incrementando le prestazioni sia per interni che per esterni.	SI D 10				Incremento degli accessi ambulatoriali dedicati a richieste provenienti dall'interno dell'Istituto con conseguente incremento del 10% delle prestazioni (visite e test neuropsicologici) valutazione da febbraio 2023		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 10				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 10				>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 5				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzì**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
<p>Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo</p>									
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (QQuality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI	D	10		- Coordinare l'attuazione del percorso DAMA; -Entro il 31.12.2023 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sull'attivita' svolta.		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI	D	10		Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL01/10 Valutazione della Commissione Prontuario		
10.7		Mantenimento/miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice prioritá 4 (verde) visitati entro 120 minuti	SI	D	5		Mantenimento/miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice prioritá 4 (verde) visitati entro 120 minuti (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	95,42%	>=65%
10.8		Mantenimento/miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice prioritá 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	SI	D	5		Mantenimento/miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice prioritá 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti(indicatore Bersaglio C16.2.N)	83,01%	>=70%

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Pediatria

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

Responsabile:
dott. Alessandro Amadeo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	10.9	Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	SI	D	5		Mantenimento/miglioramento della percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022.		
	12.1	Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
	16.3	Implementare i ricoveri nei pl assegnati alla struttura secondo l'intensita' di cura	SI	D	10		Mantenimento/miglioramento del tasso di occupazione rispetto al 2022	66,03%	
<p>Note: L'OBIETTIVO VERRA' VALUTATO TENENDO CONTO DEL NUMERO COMPLESSIVO DELLE GIORNATE DI DEGENZA</p>									
	16.4	Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica		
<p>Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo</p>									
	17.2	Area emergenza-urgenza Riduzione degli accessi impropri nei PS pediatrici	SI	D	10		Entro il 31.12.2023 e' definita e trasmessa in ARCS e DCS la proposta di interventi di provata efficacia, utili a ridurre gli accessi inappropriati ai PS pediatrici.		
	17.8	Elaborare un protocollo per la sedazione con dexmedetomidina in pazienti con necessita' di sedazione procedurale o in agitazione psicomotoria	SI	D	10		protocollo elaborato entro il 31/12/2022		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 10				prima visita algologica		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI D 10				Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL 01/10 Valutazione della Commissione Prontuario		
10.2		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI D 10				Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
<p>Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia partire dal 15/11: soglia >90%</p>									
10.6		Logistica - Lavori di adeguamento della terapia intensiva	SI	D			Collaborare all'organizzazione e garantire l'esecuzione dei lavori		
<p>Note: OBIETTIVO STRALCIATO</p>									
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.2		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI	D	10		>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
<p>Note: INDICATORE RIMODULATO: > VALORE 2022</p>									
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica		
<p>Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo</p>									
17.9		INSERIMENTO PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA NEL NETWORK NAZIONALE DELLE TERAPIE INTENSIVE PEDIATRICHE (TIPNET)	SI	D	10		pazienti inseriti		
<p>Note: PESO MODIFICATO (DA 5 A 10) PER STRALCIO OBIETTIVO 10.6</p>									
17.10		COMPILAZIONE E INSERIMENTO IN CARTELLA DELLA CHECK LIST DEL BUNDLE "IMPIANTI ACCESSI VENOSI"	SI	D	10		presenza check list nelle cartelle		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Note: PESO MODIFICATO (DA 5 A 10) PER STRALCIO OBIETTIVO 10.6

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		prima visita oculistica		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
10.2		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022 Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia partire dal 15/11: soglia >90%		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

**Responsabile:
dott. Stefano Pensiero**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI	D	15		>= valore piu' altodella struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
16.8		Incremento del numero delle topografie corneali e del numero di occhi sottoposti a cross-linking per cheratocono rispetto all'anno 2022	SI	D	10		incremento rispetto al 2022		
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (QQuality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI	D	10		- attuazione del percorso DAMA - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% deicasì segnalati		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
10.2		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI D 10				Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022 Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia partire dal 15/11: soglia >90%		
10.4		Garantire il rispetto degli indicatori previsti nell'ambito dell'odontoiatria pubblica	SI D 10				- mantenimento della media di prestazioni erogate/ora raggiunta nel 2019 (1,88) - raggiungimento di una media annua di almeno 1400 prestazioni/riunito; - percentuale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 35% -fornire alla Direzione centrale salute,politiche sociali e disabilita' per il tramite del Coordinamentoregionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa etutte le informazioni previste dalla convenzione;		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
10.5		Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI D 5				Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 10				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 5				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
16.5		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 15				>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.9		Aumentare le prestazioni ambulatoriali rispetto allo stesso mese dell'anno precedente (ad avvenuto trasferimento nei nuovi locali con 8 riuniti in completa attivita')	SI D				in ciascun mese di riferimento, aumento del 10% rispetto allo stesso mese dell'anno precedente (a partire dall'avvenuto trasferimento) Note: OBIETTIVO STRALCIATO		
16.11		Migliorare la codifica delle SDO per valorizzare l'attivit�a chirurgica erogata	SI D 10				Trasmissione alla Direzione Sanitaria di una relazione contenente le modifiche alle codifiche ministeriali utilizzate. Note: OBIETTIVO AGGIUNTO PER STRALCIO OBV 16.9		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

**Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (QUality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI D 10				- attuazione del percorso DAMA - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% deicasi segnalati		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 10				prima visita urologica		
Note: PESO MODIFICATO (DA 5 A 10) PER STRALCIO OBIETTIVO 17.6									
2.2		RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi monitorati, prioritari A Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 10				riparazione ernia inguinale; colecistectomia laparoscopica	67,44%	60%
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				Verballi di 2 audit clinicis u eventi avversi o near miss		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido)		
Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)									
10.2		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI D 10				Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022		
Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia campi compilati correttamente >=75% -Firma digitale su registro operatorio a partire dal 15/11: soglia >90%									

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI	D	15		>= valore piu' altodella struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo/PESO_MODIFICATO_(DA_5_A_10)_PER_STRALCIO_OBIETTIVO_17.6		
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (Quality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI	D	10		- attuazione del percorso DAMA - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% deicasi segnalati		
17.6		Istituzione di un percorso per gli adolescenti affetti da grave obesita' candidabili a chirurgia bariatrica.	SI	D			Redigere un protocollo per la presa in carico degli adolescenti affetti da grave obesita'. Predisporre meeting multidisciplinari per discutere dei casi clinici. Aprire ambulatori condivisi tra Pediatri e Chirurghi bariatrici. Note: OBIETTIVO STRALCIATO		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 15				prima visita otorinolaringoiatrica; esame audiometrico tonale		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
10.2		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI D 10				Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022 Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia partire dal 15/11: soglia >90%		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 10				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 15				>= valore piu' altodella struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 5				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (QUality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI D 10				- attuazione del percorso DAMA - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% deicasi segnalati		
17.12		Istituzione di ambulatori specialistici di otochirurgia e vestibologia e disfonia/disfagia. Apertura agende e avvio visite con prestazioni specifiche (95.44.2 ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE; 95.44.1 TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE; 93.01.9 VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL APPARATO DIGERENTE; 31.42.2 LARINGOSTROBOSCOPIA)	SI D 10				- Agende aperte; -Aumento delle prestazioni specialistiche indicate da maggio 2023 (> 30% rispetto al 2022) Note: OBIETTIVO CORRETTO PER ERRORE MATERIALE: - 95.44.2 ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE associato a visita o controllo otorinolaringoiatrico - 31.42.2 LARINGOSTROBOSCOPIA associato a visita o controllo otorinolaringoiatrico - 89.01 VALUTAZIONE LOGOPEDICA nell'ambito dell'agenda "BU_Otorinolaringoiatria Visite e Controlli Disfalgia"		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 15				prima visita ortopedica		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
10.2		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI D 5				Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022 Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia partire dal 15/11: soglia >90%		
10.3		Predisposizione dei piani di lavoro dei medici	SI D 10				invio mensile alla Direzione Sanitaria a paritire dal secondo semestre.		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 10				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 15				>= valore piu' altodella struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 5				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
16.10		Migliorare la codifica dei DRG alla dimissione individuando i codici piu' corretti	SI D 5				- elaborare una lista con la codifica corretta dei primi 20 interventi piu' frequenti - applicare le codifiche evidenziate nella lista a partire dal 01/10/2023(>90%)		
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (QQuality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI D 10				- attuazione del percorso DAMA - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% deicasì segnalati		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
dott.ssa Laura Travan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
	3.1	Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
1.1.3.11	3.4	Programma PL14 Programma formativo "Investire in salute primi 1000 giorni" Collaborare all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, proporre moduli formativi da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzare almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023	SI	D	10		- Almeno un evento svolto nel corso del 2023 sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita		
	3.5	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Promozione e sostegno all'allattamento Garantire iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	SI	D	10		- Mantenimento della formazione sull'allattamento con metodologia BPL nell'80% degli operatori dedicati (report dei referenti aziendali alla DCS) ; - Almeno un corso di formazione interaziendale su farmaci, vaccinazioni e allattamento ; - Mantenimento dell'attivita' di registrazione dei dati alla dimissione dal Punto nascita		
	3.6	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Incentivare la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	SI	D	5		Individuare ed inviare al servizio di neuropsichiatria i nominativi di almeno il 50% dei nati prematuri di peso < 1500g e/o di eta' gestazionale < 32 settimane		
	4.1	Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
<p>Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)</p>									
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI	D	10		Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario		
<p>Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL01/10 Valutazione della Commissione Prontuario</p>									
8.1		Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attivita' di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	SI	D	10		- audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2023 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2023 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento - Collaborare con ARCS alla revisione/aggiornamento del documento relativo all'organizzazione al trasporto in emergenza perinatale (STAM e STEN)		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
dott.ssa Laura Travan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica		
<p>Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo</p>									
17.7		Progetto di quality improvement sulla applicazione di bundle per la prevenzione delle infezioni tardive (LOS) nei VLBWI (neonati <1500g) basato sulla formazione specifica su antibiotic stewardship, lavaggio delle mani, check list posizionamento ECC e pulizia ambientale.	SI	D	5		Esecuzione di formazione specifica a tutto il personale del Comparto e della Dirigenza della SC Neonatologia con l'obiettivo di mantenere l'incidenza di LOS al di sotto del 30%		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita ginecologica		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	D	20		- Revisione Guida dei Servizi; -PROSA: revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Revisione annuale del manuale di struttura;		
8.4		Aggiornare la procedura per l'accesso alle tecniche di PMA omologa ed eterologa	SI	D	10		procedura aggiornata entro il 30/06/2023		
10.27		Miglioramento della comunicazione all'interno della struttura attraverso riunioni periodiche con la presenza del Direttore	SI	D	5		Almeno 10 riunioni annue		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.2		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI	D	10		>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		ecografia ostetrica		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
8.9		Accreditaregli operatori per la misurazione della translucenza nucale e doppler velocimetria delle arterie uterine nel primo trimestre.	SI	D	15		evidenza del percorso di accreditamento e degli operatori accreditati Note: PESO MODIFICATO (DA 10A 15) PER STRALCIO OBIETTIVO 10.5		
10.5		Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	D			- partecipare alla progettazione dei nuovi spazi - Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata Note: OBIETTIVO STRALCIATO		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 10				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
15.1		Reclutamento delle pazienti per lo sviluppo dell'APP "CARE 1000" sulla gestione della gravidanza	SI D 10				evidenza dell'attivita' svolta		
Note: PESO MODIFICATO (DA 5A 10) PER STRALCIO OBIETTIVO 10.5									
16.2		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 15				>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 10				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica		
Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo									

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 10				ecografia ostetrica		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI D 10				Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL01/10 Valutazione della Commissione Prontuario		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
8.1		Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attivita' di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	SI	D	15		- audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2023 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2023 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento - Collaborare con ARCS alla revisione/aggiornamento del documento relativo all'organizzazione al trasporto in emergenza perinatale (STAM e STEN)		
10.12		Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti.	SI	D	10		- indicatore Bersaglio C7.3: percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita (<=19%); - indicatore Bersaglio C7.6:percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita (<=7,5%); - indicatore Bersaglio H18C: Cesarei primari per strutture con 1.000 parti e oltre (<=25%)		27%
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delleprestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica		

Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo:
<http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo>

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
17.17		Migliorare la qualita' delle cure ostetriche con integrazione centro hub-spoke / ospedale-territorio	SI D 5				- Stesura di 2 PDTA condivisi per le patologie preesistenti la gravidanza e le patologie ostetriche piu' frequenti; - Organizzazione di almeno1 evento formativo riguardante le tematiche trattate		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 10				prima visita ginecologica; ecografia ginecologica		
2.2		RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi monitorati, prioritari A Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 10				tumore maligno dell'utero		77,36%
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		
6.1		Migliorare la gestione dei farmaci in reparto	SI D 5				Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% Valutazione della Commissione Prontuario Note: INDICATORE RIMODULATO: Riduzione delle chiamate in pronta disponibilita' per distribuzione farmaci. chiamate inappropriate sul totale:max 10% A PARTIRE DAL01/10 Valutazione della Commissione Prontuario		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
10.2		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI D 10				Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al dato annuale migliore tra il 2021 e il 2022		
<p>Note: NUOVO INDICATORE: -Corretta compilazione del registro operatorio: soglia partire dal 15/11: soglia >90%</p>									
10.12		Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti.	SI D 10				- indicatore Bersaglio C7.3: percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita (<=19%); - indicatore Bersaglio C7.6:percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita (<=7,5%); - indicatore Bersaglio H18C: Cesarei primari per strutture con 1.000 parti e oltre (<=25%)		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 10				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.1		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 10				>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 5				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica		
<p>Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo</p>									
17.16		Definire un PDTA operatorio per le pazienti oncologiche	SI D 5				evidenza documentale		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
3.7		Lotta alle resistenze antibiotiche	SI	D	10		Supportare il CIO per la realizzazione delle politiche di Antimicrobial Stewardship		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	20		<p>- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido)</p> <p>Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio</p> <p>alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)</p>		
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	D	20		- Revisione Guida dei Servizi; -PROSA: revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Revisione annuale del manuale di struttura; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023.		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.2		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI	D	10		>= valore piu' alto della struttura al netto delle prestazioni collegate al Covid, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 10				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
17.13		ampliamento dell'offerta diagnostica in pediatria	SI D 10				attivazione di nuovi test molecolari per la diagnosi rapida delle infezioni resistenti agli antibiotici		
Totale pesi:							100		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	20		<p>- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido)</p> <p>Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)</p>		
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	D	20		- Revisione Guida dei Servizi; -PROSA: revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Revisione annuale del manuale di struttura; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023.		
10.1		Fibrosi cistica Avviare lo screening per la fibrosi cistica come da cronoprogramma della Direzione Sanitaria	SI	D	10		avvio dello screening		
10.29		Farmacogenetica: implementazione di un modello organizzativo per i test diagnostici, la loro refertazione e la relativa consulenza farmacologica	SI	D	10		Evidenza del modello organizzativo e dell'attivita' svolta		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
16.2		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 10				>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 10				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritari B, D, P Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D 15				18-TC del Torace con MCD senza e con MDC; 21-TC dell'Addome inferiore; 22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC; 23-TC dell'addome completo; 24-TC dell'addome completo senza e con MDC; 25-TC Cranio & encefalo; 29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale; 33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache; 34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare; 35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC; 36-RM di addome inferiore e scavo pelvico; 37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC; 38-RM della colonna in toto; 39-RM della colonna in toto senza e con MDC; 40-Diagnostica ecografica del capo e del collo; 43-Ecografia dell'addome superiore; 44-Ecografia dell'addome inferiore; 45-Ecografia dell'addome completo; 50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso		
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI D 10				1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI D 15				- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido) Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
8.2		Mantenere le certificazioni	SI D 15				- Revisione Guida dei Servizi; -PROSA: revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Revisione annuale del manuale di struttura; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023.		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI D 10				partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		
16.2		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI D 10				>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 5				rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
17.4		PROGETTO Q.U.A.N. (QUality Autism Network) / MODELLO D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti da disabilita' intellettiva e/o comunicativa	SI D 10				- attuazione del percorso DAMA - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% deicasi segnalati		
17.11		Aggiornamento dei livelli diagnostici di riferimento locali (LDR) della nuova tomografia computerizzata GE Revolution EVO ad un anno dalla sua installazione	SI D 10				Produzione da parte del Dose Team della SC R di Radiologia Pediatrica del documento contenente i nuovi LDR per studi di tomografia computerizzata, ripartiti per fasce di eta' e regione anatomica secondo i criteri del rapporto ISTISAN 20/22. I nuovi LDR verranno inseriti nel manuale di qualita' della Struttura secondo i criteri previsti dal D.Lgs 101/2020		

Obiettivi di attivita' 2023

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

**Responsabile:
dott. Claudio Granata**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2022	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
3.1		Proseguire nel percorso di analisi e monitoraggio degli eventi avversi e near miss	SI	D	10		1 Verbale audit clinico su eventi avversi o near miss 1 Piano di miglioramento su un evento rilevato nel 2022		
4.1		Mantenimento dello status di IRCCS	SI	D	20		<p>- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - 100% delle pubblicazioni inviate alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio) - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno un bando per Dipartimento, valutazione in solido)</p> <p>Note: INDICATORE RIMODULATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio alla Direzione Scientifica (a partire dal mese di maggio)</p>		
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	D	20		- Revisione Guida dei Servizi; -PROSA: revisione dei rischi, compresi i rischi per la lotta alla corruzione, sulla nuova versione del processo; -Revisione annuale del manuale di struttura; -Riesame della Direzione entro 31/05/2023.		
10.1		Fibrosi cistica Avviare lo screening per la fibrosi cistica come da cronoprogramma della Direzione Sanitaria	SI	D	10		avvio dello screening		
10.29		Farmacogenetica: implementazione di un modello organizzativo per i test diagnostici, la loro refertazione e la relativa consulenza farmacologica	SI	D	10		Evidenza del modello organizzativo e dell'attivita' svolta		
12.1		Partecipare alla formazione / simulazione della maxi emergenza	SI	D	10		partecipare alla formazione (almeno il 50% del personale assegnato alla struttura)		

Obiettivi di attivita' 2023

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 2022	Soglia
16.2		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2019 e il 2022.	SI	D	10		>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2022 al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/sites/default/files/documenti-trasversali/report_direzionale_dicembre_2022.pdf		
16.4		Rispettare il budget assegnato per l'acquisto di beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		rispetto del budget eventuali scostamenti dovranno essere segnalati alla SSD Programmazione e controllo e autorizzati dalla Direzione Strategica Note: report periodici e proiezioni disponibili al seguente indirizzo: http://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Totale pesi: 100