

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 205 DEL 13/08/2025

OGGETTO: Assegnazione per l'anno 2025 del budget ai Centri di Attività.

Sottoscritto dal Direttore Generale *sostituto*

dott. Riccardo-Mario Paoli

nominato con Decreto del Direttore Generale n. 33 del 12.03.2025

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

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

<i>Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica</i>		<i>Profilo della regolarità contabile</i>
IL RESPONSABILE DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	IL RESPONSABILE DELLA S.C. GESTIONE ECONOMICO- FINANZIARIA
dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i>	dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i>	dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i>
data 01 agosto 2025	data 01 agosto 2025	data 04 agosto 2025

IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE

Richiamate le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025, approvate in via definitiva con la DGR n. 2052/2024;

atteso che con proprio decreto n. 30 dd. 27/2/2025 è stato adottato, secondo le indicazioni inviate da ARCS, il Piano Attuativo Ospedaliero - PAO 2025, che comprende il bilancio preventivo 2025;

verificato che con proprio decreto n. 54 dd. 27/3/2025 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027;

visto il proprio decreto n. 129 dd. 28/5/2025 con il quale è stato assegnato il budget di risorsa ai centri di risorsa aziendali, secondo le voci e gli importi coerenti con il costo complessivo esposto in sede del Piano Attuativo Ospedaliero (PAO) 2025;

dato atto che le disposizioni del presente provvedimento si applicano anche al personale di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità, sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, come verrà meglio precisato nel Sistema di Misurazione e valutazione della Performance, in corso di adozione per l'anno 2025;

ritenuto in primis di individuare i Centri di Attività aziendali, così come elencati nell'allegato 1, facente parte integrante del presente provvedimento, che rappresentano l'attuazione dell'atto aziendale di cui al decreto n. 131/2023, in linea con i provvedimenti di assegnazione degli incarichi di responsabilità delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali;

preso atto che nel corso delle negoziazioni intervenute fra i responsabili dei centri di attività e la Direzione Strategica, sono stati assegnati gli obiettivi e le dotazioni di risorse umane, tenendo conto delle osservazioni rilevate dai singoli Responsabili di Struttura, per ciascuna delle linee di attività programmate per l'anno 2025, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e della produttività collettiva per il personale di comparto;

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

dato atto che la documentazione attestante le assegnazioni di dotazione di personale sono conservate agli atti presso la SSD Programmazione e controllo;

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

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 sostituto del Direttore Scientifico;

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di individuare i centri di attività aziendali per l'esercizio 2025, così come elencati nell'allegato 1, facente parte integrante del presente provvedimento;
2. di procedere alla formale approvazione degli obiettivi di attività assegnati ai centri di attività aziendali individuati per l'anno 2025, così come riportati nella tabella riepilogativa allegata al presente provvedimento (allegato 2) e comprensivi del personale di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità, sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria;
3. di inviare la documentazione attestante le assegnazioni di dotazione di personale da parte della SSD Programmazione e controllo alla SSD Politiche del Personale;
4. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance", così come previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza (D.lgs. n. 33/2013).

L'onere relativo al presente provvedimento rientra nei fondi contrattuali dell'esercizio 2025 attribuiti al budget di risorsa "SSD Politiche del Personale" e viene imputato al Bilancio d'esercizio nei ruoli del personale:

- al sottomastro 100 e 200, conto 30/5 "*indennità di risultato*" dirigenza medica e veterinaria, universitaria, e non medica;
- al sottomastro 300 "*indennità di risultato*" dei rispettivi ruoli della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa;
- al sottomastro 400 "*retribuzione per produttività personale*" dei rispettivi ruoli del comparto;
- al sottomastro 100 e 200, conto 90/5 "*oneri sociali su retribuzioni*" dirigenza medica e veterinaria, universitaria, e non medica;
- al sottomastro 900 "*oneri sociali su retribuzioni*" dei rispettivi ruoli dell'area professionale, tecnica, amministrativa e sociosanitaria;
- al sottomastro 700 "*oneri sociali su retribuzioni*" dei rispettivi ruoli sanitario, ricercatori e collaboratori piramide del comparto;
- al conto 400.100 "*IRAP relativa al personale dipendente*".

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

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL DIRETTORE SANITARIO
dott. Riccardo-Mario Paoli <i>atto firmato digitalmente</i> data 12 agosto 2025 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2025	dott. Luca Ronfani <i>atto firmato digitalmente</i> data 13 agosto 2025 nominato con Determinazione del Direttore Scientifico n. 8 del 11.05.2022	dott. Nelso Trua <i>atto firmato digitalmente</i> data 12 agosto 2025 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 9 del 20.01.2025

IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE
dott. Riccardo-Mario Paoli <i>atto firmato digitalmente</i>

ELENCO ALLEGATI:
• Allegati decreto ass budget

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: RICCARDO MARIO PAOLI
CODICE FISCALE: PLARCR66T09A271S
DATA FIRMA: 13/08/2025 13:10:09
IMPRONTA: 8164AF497193068E1561210DB4560F45FFFE3D554C60DE3FC781905C726A6E11
FFFE3D554C60DE3FC781905C726A6E11020415ED5AAC3EDC1859E5FF23084D95
020415ED5AAC3EDC1859E5FF23084D956740B2C4418C65BFB55E7DDFAB73313F
6740B2C4418C65BFB55E7DDFAB73313FA320E615E003B831D33CE50B9140FC69



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Allegato 1

Elenco dei centri di attività 2025

Direzione Generale

- SSD Innovazione e Sviluppo, Relazioni interne ed esterne e Formazione
- SSD Programmazione e Controllo
- SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria

Direzione Sanitaria

- SC Direzione delle Professioni Sanitarie
- SC Direzione Medica di Presidio
- SC SC Farmacia

Direzione Scientifica

- Direzione Scientifica
- SC R Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

- SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti
- SC Gestione Economico - Finanziaria
- SC Affari Generali e Legali
- SC Gestione Tecnica Edile Impiantistica
- SSD Politiche del Personale

Dipartimento di Pediatria

- SSD Gastroenterologia e Nutrizione
- SC Neuropsichiatria Infantile
- SC Oncoematologia
- SC U Clinica Pediatrica
- SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico

Dipartimento di Chirurgia

- SC Chirurgia
- SC Oculistica
- SC Ortopedia e Traumatologia
- SC Otorinolaringoiatria e Audiologia
- SC Anestesia e Rianimazione
- SC U Odontostomatologia pediatrica

Dipartimento Materno neonatale

- SC Neonatologia
- SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica
- SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita
- SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale
- SSD Gravidanza a rischio

Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata

- SC Genetica Medica
- SC R Radiologia Pediatrica
- SC R Laboratorio DI Diagnostica Avanzata Traslazionale
- SC R Diagnostica Avanzata Microbiologia Traslazionale



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Allegato 2

Obiettivi di attività 2025

Direzione Generale

SSD	Innovazione e Sviluppo, Relazioni interne ed esterne e Formazione	1
SSD	Programmazione e Controllo	3
SSD	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria	5

Direzione Sanitaria

SC	Direzione delle Professioni Sanitarie	7
SC	Direzione Medica di Presidio	11
SC	Direzione Medica di Presidio - RICERCA	15
SC	SC Farmacia	16
SC	SC Farmacia - RICERCA	19

Direzione Scientifica

	Direzione Scientifica	20
	Direzione Scientifica - RICERCA	22
SC R	Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari	23
SC R	Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari - RICERCA	25

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

SC	Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti	26
SC	Gestione Economico - Finanziaria	29
SC	Affari Generali e Legali	31
SC	Gestione Tecnica Edile Impiantistica	33
SSD	Politiche del Personale	35

Dipartimento di Pediatria

SSD	Gastroenterologia e Nutrizione	37
SSD	Gastroenterologia e Nutrizione - RICERCA	39
SC	Neuropsichiatria Infantile	40
SC	Oncoematologia	43
SC	Oncoematologia - RICERCA	46
SC U	Clinica Pediatrica	47
SC U	Clinica Pediatrica - RICERCA	51
SC	Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	52

Dipartimento di Chirurgia

SC	Chirurgia	56
SC	Oculistica	59
SC	Ortopedia e Traumatologia	61
SC	Otorinolaringoiatria e Audiologia	64
SC	Otorinolaringoiatria e Audiologia - RICERCA	66
SC	Anestesia e Rianimazione	67
SC U	Odontostomatologia pediatrica	69

Dipartimento Materno neonatale

SC	Neonatologia	72
SC U	Clinica Ostetrica e Ginecologica	74
SC U	Clinica Ostetrica e Ginecologica - RICERCA	77
SC R	Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita	78
SC R	Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita - RICERCA	81
SSD R	Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	82
SSD	Gravidanza a rischio	84

Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata

SC	Genetica Medica	86
SC	Genetica Medica - RICERCA	88
SC R	Radiologia Pediatrica	89
SC R	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	92
SC R	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale - RICERCA	94
SC R	Diagnostica Avanzata Microbiologia Traslazionale	95
SC R	Diagnostica Avanzata Microbiologia Traslazionale - RICERCA	97

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Innovazione e Sviluppo, Relazioni interne ed esterne e Formazione

Responsabile:

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	7.2	Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	E	10	10	Evidenza degli incontri di monitoraggio		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	10	10	- Redigere iriesami previstientro il 31/5/2025 (per CAF si considera la certificazione ISO 21001); - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	9.5	Scuola in ospedale: Realizzazione di progettualita' e interventi a supporto di e con la Scuola in Ospedale	SI	E	10	10	Evidenza documentale dell'attivita' svolta		
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	10	10	Progetto condiviso con il Direttore amministrativo; Evidenza delle azioni realizzate		
	10.20	Effettuare uno studio di fattibilita' e predisposizione di un capitolato per un nuovo servizio di archiviazione esterno (in cloud) che rsponde a tutti i fabbisogni aziendali di parte sanitaria	SI	E	10	10	Applicazione della normativa vigente per la parte relativa alla cybersicurezza		
	10.26	Aggiornare la modalita' di raccolta del fabbisogno formativo propedeutico al PFA	SI	E	10	10	Modificare il questionario disponibile su intranet. Predisporre in bozza una scheda "formazione" per ogni struttura per la definizione della formazione obbligatoria.		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.12	Rispetto dei tempi di chiusura dei cartellini dei dipendenti	SI	E	10	10	Chiudere i cartellini mensili entro il mese successivo, salvo documentazione ulteriore da inserire da parte degli uffici preposti		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Innovazione e Sviluppo, Relazioni interne ed esterne e Formazione

Responsabile:

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.14	Aggiornare la modalita' di raccolta del fabbisogno formativo propedeutico al PFA.	SI	E	10	10	Evidenza della modifica delquestionario disponibile su intranet epredisposizione di una bozza di scheda "formazione" per ogni struttura per la definizione della formazione obbligatoria		
	16.4	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	10	10	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Martina Vardabasso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	5.4	Attivare gli screening previsti dalla DGR 1991/2024	SI	E	5	5	collaborare all'elaborazione diuno studio di fattibilita' per SMA, NIPT e Immunodeficienze congenite, con la Direzione Sanitaria e le strutture coinvolte.		
	6.3	Assicurare azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	SI	E	5	5	-dare seguito, per la parte di competenza, alle attivita' concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentano, congiuntamente alle strutture coinvolte,una sintetica relazione descrittiva dell'attivita' svolta che sara' allegata al verbale dell'incontro - entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva.		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	15	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente. 3. Effettuare un' attivita' di controllo trimestrale a campione sulle singole sezioni dell'AT (3 sottosezioni a trimestre), e comunicarne gli esiti ai singoli responsabili.		
	7.4	Migliorare la gestione della performance organizzativa	SI	E	10	10	- Redigere la Relazione della Performance 2024 entro il 30/06 - Aggiornare il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance 2025 entro il 31/10		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	5	5	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.4	Attuare la revisione del modello organizzativo del DH	SI	E	10	10	- Elaborare, congiuntamente alla Direzione Sanitaria, gli indicatori di attivita' sanitaria (volumi e tda) e condividerli periodicamente per valutare i risultati conseguiti		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Martina Vardabasso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	10	10	Progetto condiviso con il Direttore amministrativo; Evidenza delle azioni realizzate		
	10.23	In accordo al rilievo della Corte dei Conti relativamente al Bilancio d'esercizio 2022, implementare la contabilita' analitica	SI	E	10	10	- Evidenza sollecito a DCS, Insiel e ARCS sullo stato dell'attuazione del nuovo software amministrativo-contabile. - Evidenza della reportistica per struttura relativa ai costi dei beni sanitari e ai ricavi dell'attivita' sanitaria erogata.		
	10.24	Effettuare la ricognizione delle prestazioni erogate in regime di libera professione fuori dall'Istituto	SI	E	10	10	Evidenza delle prestazioni previa trasmissione della documentazione completa da parte degli uffici di competenza, a partire dal 2025.		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	5	5	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.12	Rispetto dei tempi di chiusura dei cartellini dei dipendenti	SI	E	5	5	Chiudere i cartellini mensili entro il mese successivo, salvo documentazione ulteriore da inserire da parte degli uffici preposti		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	E	10	10	- Pubblicazione, mensile su intranet, del report di monitoraggio consumi delle SC/SSD ; - invio periodico della reportistica relativa agli scarichi di magazzini (CE03 e CE04) - Segnalazione dei principali scostamenti ai responsabili - segnalazione di eventuali scostamenti rispetto al budget di Struttura e di Risorsa alla Direzione Strategica		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	E	10	10	- Partecipare agli incontri del gruppo ristretto per la gestione degli episodi di violenza -Implementare la Procedura sullagestione degli episodi di violenza		
1.1.5.c	3.3	Comunicazione e Informazione Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce piu' a rischio (bambini, anziani)	SI	E	10	10	1 interventodi comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). Disponibilita' di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialita'.		
	3.4	Implementare l'organizzazione della sicurezza aziendale	SI	E	10	10	Istituzionedelle deleghe di funzione in adempimento all'art. 16 d.lgs.81/08 -entro il 31.07.2025		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	E	10	10	-Implementare il DVR per il rischio chimico e biologico dei laboratori		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	10	10	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	15	15	Predisporre la documentazione utile alla presentazione per la domanda per la riduzione del tasso medio di tariffa ai sensi dell'art. 24 delle Modalita' di applicazione delle tariffe dei premi (d.m. 12/12/2000 e s.m.i.) OT23 Evidenza delle azioni realizzate		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	5	5	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.12	Rispetto dei tempi di chiusura dei cartellini dei dipendenti	SI	E	5	5	Chiudere i cartellini mensili entro il mese successivo, salvo documentazione ulteriore da inserire da parte degli uffici preposti		
	11.13	Definire il flusso di accesso in istituto dei lavoratori a diverso titolo	SI	E	15	15	- Aggiornamento del re regolamento - Redazione della procedura dei flussi di comunicazione tra le parti interessate		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	E	10	10	- Partecipazione ad almeno il 70% degli incontri dei link professional per il rischio clinico e al 70% degli incontri dei link professional per il rischio infettivo -Pianificare, implementare, rendicontare gli interventi relativi alle tematiche: prevenzione delle cadute, prevenzione delle lesioni da pressione, contenzione		
	1.1.11	3.2	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni: Promozione e sostegno all'allattamento	SI	C		5	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	>=80%
		4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	E	5	5	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026	
		8.3	Mantenere la certificazione JACIE/ CNT	SI	E	10	5	- collaborazione per la verifica del Programma trapianti metropolitano (PTM) da parte di EBMT/CNT/CNS/DCS: evidenza dell'attivita' svolta - aggiornamento documentazione e riesami di pertinenza	
		8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	E	5	5	- Partecipazione alle riunione periodica >75% - Effettuare la mappatura dei dispositivi e dei metodi - Effettuare le convalide di almeno 2 metodi in house	

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
3.3 Disabilita'	9.1	Tutela della salute delle persone con disabilita' cognitiva o fisica: migliorare per le persone con disabilita', sia fisica che cognitiva, la qualita' dell'accoglienza in Pronto Soccorso	SI	C		5	- Partecipazione al costotuendo tavolo di lavoro regionale.Applicare le procedure. -Individuazione all'interno del PS di un locale/spazio separato per l'attesa della visita, sia per il disabile che per l'assistente entro 31/1/2025 -Disponibilita' nel PS di almeno un lettino visita per obesi, di un solleva malati e dei presidi antidecubito entro 30/6/2025 -Vigenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente: la procedura aziendale di garanzia e' adottata e comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025(modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025)		
3.3.1.b.1	9.2	Disabilita': migliorare per le persone con disabilita' sia fisica che cognitiva, la qualita' della permanenza in reparto di degenza	SI	E	5	5	- Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non e' presente il familiare/assistente abituale: la procedura aziendale di garanzia e' comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025(modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025) -Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non e' presente il familiare/assistente abituale: la procedura aziendale di garanzia e' applicata entro il 31.12.2025(modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025)		
3.3.1.c	9.3	Disabilita': rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, …) per persone con grave disabilita', sia fisica che cognitiva	SI	E	5	5	Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilita' di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilita' che devono effettuare prestazioni ambulatoriali: entro il 30.06.2025 e' istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale ed in un distretto		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
4.2 Assistenza mat inf	10.3	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti.	SI	C		5	- % di episiotomie depurate (NTSV)		<20%
	10.4	Attuare la revisione del modello organizzativo del DH	SI	E	10	5	- Migliorare la programmazione infermieristica - relazione relativa allo strumento utilizzato; - Rivedere il percorso delle prestazioni -Condividere periodicamente i dati di attivita' sanitaria (volumi e tda) per valutare i risultati conseguiti		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	E	10	5	Collaborare alla stesura/aggiornamento del piano di lavoro delle strutture cliniche sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6 per la parte di competenza		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	E	10	10	- Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; - Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza) VERIFICARE SE DI PERTINENZA -partecipazione al corso"RISCHI E SICUREZZA IN RISONANZA MAGNETICA E IL REGOLAMENTO DI SICUREZZA" per il personale della Piattaforma delle cure in emergenza urgenza e Piattaforma cure pediatriche ad alta complessita' sogliapercentuale di partecipanti pari al 30%		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	- Riscontrare tempestivamente le consegne relative al Magazzino Unico relative ai beni sanitari - report a cura della SC Ingegneria clinica - Effettuare mensilmente gli scarichi dei beni a magazzino - report a cura della SSD Programmazione e controllo		
A.2.5.b	17.1	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	SI	E	5	5	N. posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2025 - 4 pl pediatrici		
A.2.11.b	17.3	Rete pediatrica: integrazione Ospedale -territorio e sicurezza delle cure Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	SI	E	10	10	Elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica -Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT - ENTRO IL 30/9/2025		
3.3.1.d.3	9.4	Disabilita': migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilita'	NO	E			Individuazione di almeno un ambulatorio per Stabilimento ospedaliero con caratteristiche adeguate al trattamento odontoiatrico di persone con gravi disabilita': formalizzazione individuazione aziendale degli ambulatori idonei entro il 30.10.2025		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	E	10	10	- Stesura della procedura per la prevenzione e controllo delle infestazioni da Sarcoptes scabiei -Partecipare agli incontri del gruppo ristretto per la gestione degli episodi di violenza -Riscontrare DCS rispetto alla DGR 2051/2024 su famaci H OSP ed elaborare la procedura H OSP - Realizzare le azioni previste nelle linee di gestione in materia di rischio clinico e rete cure sicure (linea 10.1)		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	E	5	5	- Almeno 2 articoli con IF accettati;		
	5.4	Attivare gli screening previsti dalla DGR 1991/2024	SI	D	5		elaborare uno studio di fattibilita' per SMA, NIPT e Immunodeficienze congenite		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	D	5		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	E	5	5	Coordinare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita'		
	8.3	Mantenere la certificazione JACIE/ CNT	SI	D	5		- collaborazione per la verifica del Programma trapianti metropolitano (PTM) da parte di EBMT/CNT/CNS/DCS - evidenza dell'attivita' svolta -Redigere i riesami dell'attivita'		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nello Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	8.8	Avviare le nuove certificazioni per l'IRCCS	SI	D	5		- ISO 15189: supporto per la metodologia e l'allestimento delle qualificazioni e convalide; allestimento/ aggiornamento documentazione SGQ - Biobanca:Collaborazione con IRCCS CRO di Aviano;Rendicontazione attivita';Aggiornamento consenso per la conservazione del materiale biologico;Redazione / aggiornamento documentazione SGQ		
3.3 Disabilita'	9.1	Tutela della salute delle persone con disabilita' cognitiva o fisica: migliorare per le persone con disabilita', sia fisica che cognitiva, la qualita' dell'accoglienza in Pronto Soccorso	SI	E	5	5	- Partecipazione al costituendo tavolo di lavoro regionale.Applicare le procedure. -Individuazione all'interno del PS di un locale/spazio separato per l'attesa della visita, sia per il disabile che per l'assistente entro 31/1/2025 -Disponibilita' nel PS di almeno un lettino visita per obesi, di un solleva malati e dei presidi antidecubito entro 30/6/2025 -Vigenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente: la procedura aziendale di garanzia e' adottata e comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025(modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025)		
3.3.1.b.1	9.2	Disabilita': migliorare per le persone con disabilita' sia fisica che cognitiva, la qualita' della permanenza in reparto di degenza	SI	E	5	5	- Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non e' presente il familiare/assistente abituale: la procedura aziendale di garanzia e' comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025(modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025) -Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non e' presente il familiare/assistente abituale: la procedura aziendale di garanzia e' applicata entro il 31.12.2025(modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nello Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
3.3.1.c	9.3	Disabilita': rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, …) per persone con grave disabilita', sia fisica che cognitiva	SI	E	5	5	Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilita' di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilita' che devono effettuare prestazioni ambulatoriali: entro il 30.06.2025 e' istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale ed in un distretto		
	10.4	Attuare la revisione del modello organizzativo del DH	SI	E	5	10	- Migliorare la programmazione infermieristica - relazione relativa allo strumento utilizzato; - Rivedere il percorso delle prestazioni -Condividere periodicamente i dati di attivita' sanitaria (volumi e tda) per valutare i risultati conseguiti		
	10.9	Migliorare il percorso di pianificazione chirurgica settimanale in collaborazione con la programmazione chirurgica.	SI	C		10	miglioramento delle liste di attesa/ giorni residui erispetto delle classi di priorita'- report di sintesi		
	10.10	Ottimizzare l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni di psicologia ospedaliera applicando il modello individuato	SI	D	10		Rendicontazione dell'attivita' svolta- Documento prodotto con una proposta di revisione organizzativa per l' ambito		
	10.14	Proposta di regolamento per il recupero crediti	SI	E	5	5	Bozza di regolamento redatto in collaborazione con le strutture interessate		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	5	5	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10	10	-elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione cle strutture cliniche e la SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
	16.6	Sviluppare in collaborazione con la Direzione Strategica le attivita' destinate all'implementazione delle prestazioni per l'utenza straniera	SI	C		10	Redigere la pianificazione delle attivite' previste nel corso del 2025 e la relativa fonte di finanziamento		
A.2.11.a	17.2	Rete pediatrica: migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica	SI	C		5	Elaborazione del PDTA del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica -Trasmissione alla DCS del PDTA dentro il 30.06.2025		
A.2.11.b	17.3	Rete pediatrica: integrazione Ospedale -territorio e sicurezza delle cure Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	SI	E	5	5	Elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica -Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT - ENTRO IL 30/9/2025		
3.3.1.d.3	9.4	Disabilita': migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilita'	NO	E			Individuazione di almeno un ambulatorio per Stabilimento ospedaliero con caratteristiche adeguate al trattamento odontoiatrico di persone con gravi disabilita': formalizzazione individuazione aziendale degli ambulatori idonei entro il 30.10.2025		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio - RICERCA

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	C		80	- aggiornamento delle nomine e delle job description - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema come valutatore - almeno 1 audit per studio, se applicabile, come valutatore - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile - pubblicazione sul sito delle campagne di promozione dei protocolli delle sperimentazioni		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		- Riscontrare DCS rispetto alla DGR 2051/2024 su farmaci H OSP ed elaborare la procedura H OSP		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026		
5.6.g	6.1	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	SI	D	5		% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC5 Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10)		>=75%
5.9.a	6.2	Dispositivo vigilanza:gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	SI	D	5		-comunicare tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza - assicurare gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza		
	6.3	Assicurare azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	SI	D	5		-dare seguito, per la parte di competenza, alle attivita' concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentano, congiuntamente alle strutture coinvolte,una sintetica relazione descrittiva dell'attivita' svolta che sara' allegata al verbale dell'incontro - entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva.		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	D	5		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. .		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	5		Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita'		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	D	5		- aggiornamento della documentazione - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema - almeno 1 audit per studio, se applicabile - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile		
	8.3	Mantenere la certificazione JACIE/ CNT	SI	D	5		- collaborazione per la verifica del Programma trapianti metropolitano (PTM) da parte di EBMT/CNT/CNS/DCS - evidenza dell'attivita' svolta - convenzione UFA		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	D	5		- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
5.3-5.13	12.2	Garantire il monitoraggio degli obiettivi collegati alla linea farmaceutica	SI	D	5		Invio della rendicontazione alla SSD Programmazione e controllo in occasione dei report trimestrali		
	16.4	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	D	5		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
Totale pesi: 95									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia - RICERCA

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		40	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		30	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		30	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	7.2	Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	E	10	10	Evidenza degli incontri di monitoraggio		
	7.3	Migliorare la programmazione della ricerca con fondi provenienti da donazioni	SI	E	10	10	Elaborazione di una procedura o flow chartal fine di garantire l'attribuzione chiara e trasparente delle risorse provenienti da lasciti o donazioni per la ricerca		
	8.9	Proseguire nel percorso di certificazione del supporto amministrativo della Direzione Scientifica	SI	D	15	15	Redazione procedura /flow chartsulla gestione della ricerca corrente (approvazione dei progetti e assegnazione del finanziamento ai ricercatori)		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.4	Proseguire nell'applicazione del CCNLdel comparto sanita'/ sezione ricerca (2019-2021 dd 19/7/2023)	SI	E	15	15	Redigere la proposta diregolamento incarichi per il personale della ricerca		
	16.4	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	10	10	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.7	Effettuare l'integrazione sperimentale della programmazione acquisti con i fabbisogni della Direzione scientifica per l'attivita' di ricerca	SI	E	10	10	Invio alla SC Ingegneria clinica della programmazione annuale delle acquisizioni di beni e servizi entro 15/9.		
Totale pesi:				100	100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica - RICERCA

Responsabile:
prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		20	Monitorare l'attivita' scientifica delle strutture dell'IRCCS attraverso la produzione di report sull' IF e sul numero di pubblicazioni intermedi (dato al 31/8) e annuali.		
	7.2	Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	C		10	Evidenza degli incontri di monitoraggio		
	7.3	Migliorare la programmazione della ricerca con fondi provenienti da donazioni	SI	C		20	Elaborazione di una procedura o flow chartal fine di garantire l'attribuzione chiara e trasparente delle risorse provenienti da lasciti o donazioni per la ricerca		
	8.9	Proseguire nel percorso di certificazione del supporto amministrativo della Direzione Scientifica	SI	C		20	Aggiornamento della procedura /flow chartsulla gestione della ricerca corrente (approvazione dei progetti e assegnazione del finanziamento ai ricercatori)		
	11.4	Proseguire nell'applicazione del CCNLdel comparto sanita'/ sezione ricerca (2019-2021 dd 19/7/2023)	SI	C		20	Supportare la direzione scientifica nella proposta diregolamento incarichi per il personale della ricerca per quanto concerne la graduazione degli incarichi		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		10	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: SC R Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo 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 PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica		
	4.2	Mantenere ed ampliare network di ricerca sulla qualita' delle cure materno infantili	SI	E	10	10	Reports di monitoraggio: Almeno 1 network di ricerca attivo su 25 paesi		
	5.4	Attivare gli screening previsti dalla DGR 1991/2024	SI	D	10		elaborare uno studio di fattibilita' per SMA, NIPT e Immunodeficienze congenite		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	D	5	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. .		
	7.5	Definire formato e contenuti della scheda DPIA da pubblicare sul web. Implementare la pubblicazione delle schede DPIA per gli studi osservazionali retrospettivi in apposita sezione del sito web del Burlo	SI	E	10	20	- Formato e contenuti della scheda DPIA da pubblicare sul web definiti; - almeno 10 schede DPIA pubblicate nel corso del 2025		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	D	15	15	- aggiornamento della documentazione - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema - almeno 1 audit per studio, se applicabile - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile		
	8.9	Proseguire nel percorso di certificazione del supporto amministrativo della Direzione Scientifica	SI	E	10	15	Aggiornamento della procedura /flow chartsulla gestione della ricerca corrente (approvazione dei progetti e assegnazione del finanziamento ai ricercatori)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: SC R Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
11	14.2	Sviluppo della ricerca ed innovazione clinica in Regione	SI	E	15	15	-Gli Enti del SSR inviano trimestralmente ad ARCS un report con lo stato dell'arte degli studi attivi nelle AS e IRCCS regionali -Gli enti del SSR, organizzano i percorsi aziendali per la presentazione degli studi, compreso il supporto per i profili inerenti la tutela della riservatezza e la tempestiva raccolta del consenso informato ENTRO IL 30/6/2025 -Gli enti del SSR, adottano regolamento e istruzioni operative in cui vengono disciplinati in maniera chiara e trasparente i percorsi e i tempi da assicurare ENTRO IL 31/10/2025		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: SC R Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari - RICERCA

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		40	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		40	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	6.3	Assicurare azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	SI	E	5	5	-dare seguito, per la parte di competenza, alle attivita' concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentare, congiuntamente alle strutture coinvolte,una sintetica relazione descrittiva dell'attivita' svolta che sara' allegata al verbale dell'incontro - entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva -ridurre la spesa relativa al flusso consumi dei beni di consumo DM scartato nel 2025 rispetto al 2024		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2024. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	E	5	5	Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita'		
	8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	E	5	5	- Partecipazione alle riunioniperiodiche>75% - Supportare l'ufficio qualita' e le strutture di laboratorionellamappatura dei dispositivi e dei metodi per quanto concerne le apparecchiature		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	5	5	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	10	10	Progetto condiviso con il Direttore amministrativo; Evidenza delle azioni realizzate		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	10.19	Effettuare l'approvazione degli atti relativi alla programmazione per l'acquisto di beni e servizi finalizzato a garantire la continuita' dell'assistenza	SI	E	10	10	Decreto effettuato entro i termini di legge		
	10.20	Effettuare uno studio di fattibilita' e predisposizione di un capitolato per un nuovo servizio di archiviazione esterno (in cloud) che rsponde a tutti i fabbisogni aziendali di parte sanitaria	SI	E	5	5	Evidenza documentale		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.12	Rispetto dei tempi di chiusura dei cartellini dei dipendenti	SI	E	5	5	Chiudere i cartellini mensili entro il mese successivo, salvo documentazione ulteriore da inserire da parte degli uffici preposti		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	E	5	5	- Consegnare le tessere per firma ai neo assunti entro 8 giorni. - Verificare periodica dei pc utilizzati per le firme Evidenza dell'attivita' svolta Assenza di disservizi		
	16.4	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	15	15	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	10	10	- INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 -Invio periodico alla SC Direzione delle professioni delle fatture ARCS relative a beni sanitari non ancora riscontrate ed in scadenza		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	16.7	Effettuare l'integrazione sperimentale della programmazione acquisti con i fabbisogni della Direzione scientifica per l'attivita' di ricerca	SI	E	5	5	Collaborare con la Direzione Scientifica alla programmazione annuale delle acquisizioni di beni e servizi relativi alla ricercae proporre l'atto di integrazione entro il 30/9/2025		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	5	5	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.14	Proposta di regolamento per il recupero crediti	SI	E	10	10	Bozza di regolamento redatto in collaborazione con le strutture interessate		
	10.15	Proposta di Regolamento per le spese di rappresentanza	SI	E	10	10	Bozza di documento inviato alla Direzione Strategica		
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	10	10	Progetto condiviso con il Direttore amministrativo; Evidenza delle azioni realizzate		
	10.25	Progetto ACRUAL: nuovo piano dei conti	SI	E	10	10	partecipazione ai corsi formativi di base organizzati dal MEF (75% del personale)		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	5	5	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.12	Rispetto dei tempi di chiusura dei cartellini dei dipendenti	SI	E	5	5	Chiudere i cartellini mensili entro il mese successivo, salvo documentazione ulteriore da inserire da parte degli uffici preposti		
	14.3	Redazione del decreto trimestrale per i flussi di cassa	SI	E	10	10	Evidenza dei decreti adottati entro le scadenze previste		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	30	30	Monitoraggio PERIODICO delle scadenze dei documenti contabili e contestuale invio dello scadenziario ai CDR. Pagamento nei termini di legge dei documenti verificati.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	7.2	Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	E	5	5	Evidenza degli incontri di monitoraggio		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	5	5	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.11	Garantire il supporto al Direttore amministrativo nella funzione di controllo delle determine dirigenziali	SI	D	10		Controllo a campione delle determine dirigenziali e trasmissione di un report a partire dal mese di giugno 2025		
	10.12	Approvare gli atti di rinnovo delle convenzioni di competenza dell'Ufficio entro la scadenza del contratto in essere	SI	E	10	10	Report di evidenza di approvazione entro le scadenze o di documentata impossibilita' del rinnovo nei termini, a partire dal mese di luglio; Almeno il 60% delle convenzioni approvate rispetto al totale delle convenzioni in scadenza		
	10.14	Proposta di regolamento per il recupero crediti	SI	E	10	10	Bozza propostain collaborazione con le strutture interessate		
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	10	10	Progetto condiviso con il Direttore amministrativo; Evidenza delle azioni realizzate		
	10.18	Supportare le scelte direzionali nell'ambito delle successioni/ donazioni	SI	E	10	10	Predisposizione deli atti come da procedura vigente.		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	10.20	Effettuare uno studio di fattibilita' e predisposizione di un capitolato per un nuovo servizio di archiviazione esterno (in cloud) che risponde a tutti i fabbisogni aziendali di parte sanitaria	SI	E	5	10	Supportare, per e quanto di competenza,la SC Ingegneria clinica nella predisposizione del bando - Evidenza documentale dell'attivita' svolta.		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.5	Predisporre la bozza di revisione della sezione del RegolamentoALPI relativa alle CTU, CTP ed attivita' ausiliaria a supporto del CTU/ CTP	SI	E	10	10	Bozza predisposta entro il 30/06/2025		
	11.12	Rispetto dei tempi di chiusura dei cartellini dei dipendenti	SI	E	5	10	Chiudere i cartellini mensili entro il mese successivo, salvo documentazione ulteriore da inserire da parte degli uffici preposti		
	16.4	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	5	5	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa (al netto dei costi finanziati)- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	E	5	5	Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita'		
	8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	E	5	5	- Partecipazione alle riunioni periodiche quando richiesto - Fornire le caratteristiche strutturali e procedere ad eventuali adeguamenti		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	5	5	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.13	Proporre entro i termini di legge la Programmazione dei lavori ex art. 77 del Codice degli Appalti	SI	E	10	10	Decreto adottato entro i termini di legge		
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	10	10	Progetto condiviso con il Direttore amministrativo; Evidenza delle azioni realizzate		
	10.21	Predisporre un cronoprogramma per la vendita del patrimonio mobiliare ed immobiliare acquisito con le donazioni e lasciti	SI	E	15	15	Documento di sintesi prodotto entro il 30/6 per il patrimonio collocato in Italia ed entro il 31/12 per il patrimonio collocato all'estero		
	10.27	Logistica: completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	10	10	- Effettuare l'aggiudicazione dei lavori per l'OSG civico n. 61 entro il 31/8		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	5	5	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.12	Rispetto dei tempi di chiusura dei cartellini dei dipendenti	SI	E	5	5	Chiudere i cartellini mensili entro il mese successivo, salvo documentazione ulteriore da inserire da parte degli uffici preposti		
	16.4	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	15	15	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	7.2	Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	E	5	5	Evidenza degli incontri di monitoraggio		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	5	5	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	10	10	Progetto condiviso con il Direttore amministrativo; Evidenza delle azioni realizzate		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	11.4	Proseguire nell'applicazione del CCNLdel comparto sanita'/ sezione ricerca (2019-2021 dd 19/7/2023)	SI	E	5	5	Supportare la direzione scientifica nella proposta diregolamento incarichi per il personale della ricerca per quanto concerne la graduazione degli incarichi		
	11.6	Proporre la lettera circolare sul processo e sui tempi di validazione dei cartellini mensili e della loro definitiva chiusura con procedure informatiche	SI	E	10	10	Nota elaborata		
	11.7	Revisione e aggiornamento del Regolamento part-time	SI	E	10	10	Bozza di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro il 31/8		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	11.8	Ferie, festività sopresse e permessi orari: Invio di lettera circolare di richiamo delle norme contrattuali e regolamentari due volte l'anno	SI	E	10	10	Circolare inviata entro il 31/10		
	11.11	Proposta di incremento di gestione tramite il portale dei giustificativi di assenza	SI	E	10	10	Proposta inviata alla Direzione Strategica entro il 31/8		
	11.12	Rispetto dei tempi di chiusura dei cartellini dei dipendenti	SI	E	5	5	Chiudere i cartellini mensili entro il mese successivo, salvo documentazione ulteriore da inserire da parte degli uffici preposti		
	16.4	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	10	10	-Rispettare il tetto di spesa del personale -Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorit� B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	10		prima visita gastroenterologica		>=90% B e D
	10.1 Rete Cure Sicure	Rischio Clinico	SI	D	5		-Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	10		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >75%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; - elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
	17.4	Avviare i lavori del Team pediatrico multidisciplinare per le MICI	SI	D	10		- Avviare i lavori del tema previsto dal PDTA elaborato nel corso del 2024 (almeno tre incontri all'anno)		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione - RICERCA

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.6	Avviare le azioni propedeutiche relative alla certificazione 20387:2020 per la Biobanca	SI	C		20	- 1 mappatura dei campioni destinati alla biobanca - conformita' del consenso - almeno 2 audit interni		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		20	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		20	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		10	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorita' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	10		elettromiografia semplice (eta' < 18 anni)		>=90% B e D
	10.1 Rete Cure Sicure	3.1 Rischio Clinico	SI	D	5		-Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
		4.1 Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale affidente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
3.3.1.b.1	9.2	Disabilita': migliorare per le persone con disabilita' sia fisica che cognitiva, la qualita' della permanenza in reparto di degenza	SI	D	10		- Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non e' presente il familiare/assistente abituale: la procedura aziendale di garanzia e' comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025(modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025) -Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non e' presente il familiare/assistente abituale: la procedura aziendale di garanzia e' applicata entro il 31.12.2025(modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
A.2.11.b	17.3	Rete pediatrica: integrazione Ospedale -territorio e sicurezza delle cure Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	SI	D	5		Elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica -Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT - ENTRO IL 30/9/2025		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		-Eeguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	5		Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita'		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	D	10		- aggiornamento della documentazione - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema - almeno 1 audit per studio, se applicabile - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile		
	8.3	Mantenere la certificazione JACIE/ CNT	SI	D	10		- collaborazione per la verifica del Programma trapianti metropolitano (PTM) da parte di EBMT/CNT/CNS/DCS - evidenza dell'attivita' svolta - Redigere il database per i 4 riesami previsti - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	5		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
A.2.11.a	17.2	Rete pediatrica: migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica	SI	D	10		Elaborazione del PDTA del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica -Trasmissione alla DCS del PDTA dentro il 30.06.2025		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia - RICERCA

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	C		30	- aggiornamento della documentazione - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema - almeno 1 audit per studio, se applicabile - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		20	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione del budget 2025		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorit� B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		primevisite:cardiologica, endocrinologica, dermatologica (solo D), pneumologica (solo D); elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo		>=90% B e D
	2.5	Tempi d'attesa - prestazioni ambulatorili pririta' B (fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	5		- prima visita dermatologica priorit� B - prima visita pneumologica priorit� B		>90%
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		-Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	5		- Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita' - Aggiornamento PDTA e procedure con vetusta' > 3 anni		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	D	5		- aggiornamento della documentazione - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema - almeno 1 audit per studio, se applicabile - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	D	5		- Partecipazione alle riunioni periodiche >75% - Effettuare la mappatura dei dispositivi e dei metodi - Effettuare le convalide di almeno 2 metodi in house		
	8.6	Avviare le azioni propedeutiche relative alla certificazione 20387:2020 per la Biobanca	SI	D	5		- 1 mappatura dei campioni destinati alla biobanca - conformità del consenso - almeno 2 audit interni		
	8.7	Mantenere la certificazione ISO 9001	SI	D	5		- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
LEA NSG H04Z	10.1	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	SI	D	5		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario- miglioramento del 10% al netto esclusioni		
	10.4	Attuare la revisione del modello organizzativo del DH	SI	D	5		- Migliorare la programmazione infermieristica - relazione relativa allo strumento utilizzato; - Rivedere il percorso delle prestazioni - Condividere periodicamente i dati di attività sanitaria (volumi e tda) per valutare i risultati conseguiti		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del formato inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	5		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC		Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	5	-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)				
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5	Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo				
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	5	>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo				
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	5	- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo				
A.2.5.b	17.1	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	SI	D	5	N. posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2025 - 4 pl pediatrici				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
A.2.11.b	17.3	Rete pediatrica: integrazione Ospedale -territorio e sicurezza delle cure Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	SI	D	5		Elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica -Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT - ENTRO IL 30/9/2025		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica - RICERCA

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.6	Avviare le azioni propedeutiche relative alla certificazione 20387:2020 per la Biobanca	SI	C		20	- 1 mappatura dei campioni destinati alla biobanca - conformita' del consenso - almeno 2 audit interni		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		20	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		20	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		10	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure		3.1		Rischio Clinico	SI	D	5	-Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre	
	1.1.5.c	3.3		Comunicazione e Informazione Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce piu' a rischio (bambini, anziani)	SI	D	5	Numero interventi di comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). Disponibilita' di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialita'.	
		4.1		Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)	
		8.1		Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	10	- Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita' - Aggiornamento PDTA e procedure con vetusta' > 3 anni	

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
3.3	Disabilita'	9.1	Tutela della salute delle persone con disabilita' cognitiva o fisica: migliorare per le persone con disabilita', sia fisica che cognitiva, la qualita' dell'accoglienza in Pronto Soccorso		SI	D	10	- Partecipazione al costotuendo tavolo di lavoro regionale.Applicare le procedure. -Individuazione all'interno del PS di un locale/spazio separato per l'attesa della visita, sia per il disabile che per l'assistente entro 31/1/2025 -Disponibilita' nel PS di almeno un lettino visita per obesi, di un solleva malati e dei presidi antidecubito entro 30/6/2025 -Vigenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente: la procedura aziendale di garanzia e' adottata e comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025 (modifica linee richiesta nel I trimestrale 2025)	
A.2.4.2	PS: OBI, Triage e gest sovraffollamento PS	10.5	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore		SI	D	10	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10)	<10%
A.2.4.2	PS: OBI, Triage e gest sovraffollamento PS	10.8	Mantenimento/ Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore		SI	D	5	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>=88%
		11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura		SI	D	5	Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6	

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie		SI	D	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025		SI	D	10	-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >75%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali		SI	D	5	Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)		SI	D	10	Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
A.2.4.2 PS: OBI, Triage e gest sovraffollamento PS	10.6	Mantenimento/miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorit� 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti		NO	D		% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorit� 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (indicatore Bersaglio C 16.2.N)		>=70%

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
A.2.4.2 PS: OBI, Triage e gest sovraffollamento PS	10.7	Mantenimento/miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorit� 4 (verde) visitati entro 120 minuti		NO	D		% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorit� 4 (verde) visitati entro 120 minuti (indicatore Bersaglio C.16.3 NA)		>=65%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorit� B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		prima visita urologica		>=90% B e D
	C.3.3 2.2	RICOVERI- Tempi d'attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi chirurgici monitorati priorit� A, B, C e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		- colecistectomia laparoscopica pririta' B, C, D -riparazione ernia inguinale priorit�B, C, D		>=90% B, C e D
	2.3	Tempi d'attesa - ricoveri chirurgici (patologie non oncologiche pririta' A - fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	10		- Colecistectomia laparoscopica priorit� A - Riparazione ernia inguinalepriorita' A		>90%
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		-Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale -Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	5		Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita' (rivedere la modulistica del consenso per gli interventi di piccola chirurgia)		
LEA NSG H04Z	10.1	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	SI	D	5		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario- miglioramento del 10%		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	5		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorita' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	10		prima visita oculistica		>=90% B e D
	10.1 Rete Cure Sicure	3.1 Rischio Clinico	SI	D	5		-Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
		4.1 Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	15		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	15		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
	16.8	Incremento delle Topografie Corneali e degli interventi di Cross-linking per cheratocono	SI	D	5		Mantenimento delle topografie e di cross-linking effettuati nel 2024		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorit� B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		prima visita ortopedica		>=90% B e D
	2.5	Tempi d'attesa - prestazioni ambulatorili pririta' B (fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	10		prima visita ortopedica priorit� B		>90%
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		-Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale -Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eeguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
LEA NSG H04Z	10.1	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	SI	D	5		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario- miglioramento del 10% al nettoesclusioni		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	5		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorit� B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	10		prima visita otorinolaringoiatrica; esame audiometrico tonale		>=90% B e D
	10.1 Rete Cure Sicure	Rischio Clinico	SI	D	10		-Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
LEA NSG H04Z	10.1	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	SI	D	5		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario- miglioramento del 10% al nettoesclusioni		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	5		Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia - RICERCA

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		40	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		30	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione del budget 2025		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		30	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		-Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale -Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eeguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	D	10		- mantenimento delle competenze (compresa la formazione)		
	10.29	Elaborare un pdta per la valutazione ed il controllo del dolore postoperatorio a partire dalle scelta anestesiologiche in ottica ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)	SI	D	10		Pdta elaborato ed inviato alla Direzione Sanitaria		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10			-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10			Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98% Firma sui trasferimenti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10			Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10			- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo:https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo;		
Totale pesi: 100										

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		-Eeguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
1.1.13	5.1	Garantire il rispetto degli obiettivi collegati al PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	SI	D	20		- Ogni centro di erogazione deve garantire almeno il numero di prestazioni erogate nell'anno 2019 - Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica <=35% - Trasmissione alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilita' per il tramite del Coordinamento regionale di una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa, sull'attivita' svolta e di tutte le informazioni previste dalla convenzione stipulata con ASUGI - Trasmissione entro il 31.3.2025 di relazione sullo stato dell'arte dell'offerta odontoiatrica (con numero ore professionisti in servizio al 31.12.2019, al 31.12.2024, personale in procinto di cessare, piano per il mantenimento/ potenziamento dell'attivita') - Garanzia di presa in carico di almeno il 50% dei soggetti visitati nell'ambito dei percorsi di odontoiatria scolastica con patologia da trattare entro i 3 mesi successivi alla visita nei centri dove siano attivi i percorsi scolastici (gli Enti possono attivare, o mantenere se gia' attivo un percorso di odontoiatria scolastica solo in caso di numerosita' prestazioni - escluse visite - 2024 superiori a 2019 e se e' soddisfatto il rapporto visite su prestazioni indicato per l'obiettivo 1.1.13.b).		
3.3.1.d.3	9.4	Disabilita': migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilita'	SI	D	5		Individuazione di almeno un ambulatorio per Stabilimento ospedaliero con caratteristiche adeguate al trattamento odontoiatrico di persone con gravi disabilita': formalizzazione individuazione aziendale degli ambulatori idonei entro il 30.10.2025		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >75%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		- Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	1.1.11	3.2	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni: Promozione e sostegno all'allattamento	SI	D	10	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)		>=80%
		3.5	Implementareil progetto regionale di follow up dell'ex pretermine a 5 ed 8 anni	SI	D	10	Evidenza dell'attivita' svolta e relazione inviata alla DCS entro i tempi previsti		
		4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	A.2.10	5.3	Rete neonatologica e punti nascita	SI	D	10	Organizzazione di un evento, anche congiunto, per l'acquisizione e il mantenimento delle competenze degli operatori coinvolti nel trasporto di emergenza neonatale.		
		11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5	Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
		11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	5	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorita' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		prima visita ginecologica; ecografia ginecologica priorita' D		>=90% D
	2.4	Tempi d'attesa - ricoveri chirurgici (patologie oncologiche pririta' A - fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	5		Tumore maligno dell'uterio priorita' A >90%		>90%
	2.5	Tempi d'attesa - prestazioni ambulatorili pririta' B (fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	10		- prima visita gienologica priorita' B - ecografia ginecologica pririta' B		
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		-Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale -Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
A.1 Rete Oncologica	5.2	Rete Oncologica regionale: riorganizzazione delle attivita' di chirurgia oncologica, con le modalita' e nei tempi indicati dal Piano di Rete, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, le evidenze della letteratura scientifica e quanto evidenziato dalle indagini nazionali sullo stato di attuazione delle Reti oncologiche e dal Piano Nazionale Esiti.	SI	D	5		Completare le azioni di condivisione tra il COR e le Aziende in previsione: a. del riassorbimento nelle strutture pubbliche di tutta la chirurgia oncologica; b. della concentrazione, a partire dai tumori a bassa incidenza e/o indicati (con volumi di riferimento) nelle fonti istituzionali citate. - evidenza delle azioni di condivisione completate entro 30/4/2025		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accREDITamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	5		- Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita' - Aggiornamento PDTA e procedure con vetusta' > 3 anni		
4.2 Assistenza mat inf	10.3	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti.	SI	D	5		- % di episiotomie depurate (NTSV) -% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)		<20%; <7,5%
	10.9	Migliorare il percorso di pianificazione chirurgica settimanale in collaborazione con la programmazione chirurgica.	SI	D	5		miglioramento delle liste di attesa/ giorni residui erispetto delle classi di priorita'- report di sintesi della Programmazione chirurgica		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	5		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	5		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	5		Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	5		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica - RICERCA

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		40	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		20	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		20	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorita' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		prima visita ginecologica		>=90% B e D
	10.1 Rete Cure Sicure	Rischio Clinico	SI	D	5		- Segnalare incidenti e near miss - Partecipare a eventuali colloqui o audit (o nominare un sostituto) - Proporre e adottare azioni di miglioramento a seguito di processi di audit		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale affidente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
5.6.g	6.1	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	SI	D	5		% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC5 Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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 2024	Soglia
	8.4	Mantenere l'accreditamento istituzionale per le attivita' di PMA secondo i requisiti di cui al DPREG 1/2025	SI	D	15		partecipazione attiva alle visita di accreditamento: - Autovalutazione rispetto ai requisiti del nuovo regolamento DPReg01/2025; - Aggiornamento convenzioni; - Aggiornamento documentazione; - Convalida trasporto tessuto gonadico da ASUGI a IRCCS; - convalida allarmi sala criobiologica; - almeno 1 audit su percorso eterologo - Mantenimento delle competenze - Stesura riesame annuale entro 31/7 - Contributo alla stesura planimetrie con flussi materiale, cellule, operatori, pazienti - Analisi del rischio in PROSA per procedure eterologhe che omologhe - Gestione AITB per attrezzature critiche		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	D	10		- Redigere il riesame entro il 31/7/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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 2024	Soglia
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	15		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA - RICERCA

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		40	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		30	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		30	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		- Segnalare incidenti e near miss - Partecipare a eventuali colloqui o audit (o nominare un sostituto) - Proporre e adottare azioni di miglioramento a seguito di processi di audit		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	10.31	Miglioramento del percorso della gestione del feto malformato e diagnostica prenatale invasiva	SI	D	10		Riorganizzazione del servizio entro il 01.11.2025		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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 2024	Soglia
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10	Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%				
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10	Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo				
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	20	- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo:https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo;-elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo				
Totale pesi: 100										

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		-Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	10		- Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita' - Aggiornamento PDTA e procedure con vetusta' > 3 anni		
4.2 Assistenza mat inf	10.3	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti.	SI	D	10		- % di episiotomie depurate (NTSV) -% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)		<20%; <7,5%
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		- Segnalare incidenti e near miss - Partecipare a eventuali colloqui o audit (o nominare un sostituto) - Proporre e adottare azioni di miglioramento a seguito di processi di audit		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	5.4	Attivare gli screening previsti dalla DGR 1991/2024	SI	D	10		elaborare uno studio di fattibilita' per SMA, NIPT e Immunodeficienze congenite		
	8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	D	10		- Partecipazione alle riunione periodica >75% - Effettuare la mappatura dei dispositivi e dei metodi - Effettuare le convalide di almeno 2 metodi in house		
	8.6	Avviare le azioni propedeutiche relative alla certificazione 20387:2020 per la Biobanca	SI	D	10		- 1 mappatura dei campioni destinati alla biobanca - conformita' del consenso - almeno 2 audit interni		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	D	10		- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica - RICERCA

Responsabile:
prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.6	Avviare le azioni propedeutiche relative alla certificazione 20387:2020 per la Biobanca	SI	C		10	- 1 mappatura dei campioni destinati alla biobanca - conformita' del consenso - almeno 2 audit interni		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		20	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		20	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritá' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	10		18-TC del Torace con MCD senza e con MCD; 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		>=90% B e D
	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		- Segnalare incidenti e near miss - Partecipare a eventuali colloqui o audit (o nominare un sostituto) - Proporre e adottare azioni di miglioramento a seguito di processi di audit		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
A.2.4.2 PS: OBI, Triage e gest sovraffollamento PS	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025		SI	D	10	Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita'		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001		SI	D	10	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.5	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore		SI	D	10	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10)		<10%
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura		SI	D	5	Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie		SI	D	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025		SI	D	10	-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >75%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		

Obiettivi di attivita' 2025

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 2024	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		- Segnalare incidenti e near miss - Partecipare a eventuali colloqui o audit (o nominare un sostituto) - Proporre e adottare azioni di miglioramento a seguito di processi di audit		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	D	10		- Partecipazione alle riunione periodica >75% - Effettuare la mappatura dei dispositivi e dei metodi - Effettuare le convalide di almeno 2 metodi in house		
	8.7	Mantenere la certificazione ISO 9001	SI	D	10		- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.30	Effettuare uno studio di fattibilita' e operativo della messa a norma del laboratorio della SS di Tossicologia con piano di lavoro per successiva divisione fisica e funzionale dalla sezione di Farmacologia.	SI	D	10		N di non conformita' (NC) interne di SS Tossicologia (SST) su numero di non conformita' totali rispetto all'anno di riferimento: N NC SST/N NC tot < 10% del totale		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >75%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.6	Avviare le azioni propedeutiche relative alla certificazione 20387:2020 per la Biobanca	SI	C		10	- 1 mappatura dei campioni destinati alla biobanca - conformita' del consenso - almeno 2 audit interni		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		20	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		20	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		- Segnalare incidenti e near miss - Partecipare a eventuali colloqui o audit (o nominare un sostituto) - Proporre e adottare azioni di miglioramento a seguito di processi di audit		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	D	10		- Partecipazione alle riunione periodica >75% - Effettuare la mappatura dei dispositivi e dei metodi - Effettuare le convalide di almeno 2 metodi in house		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	D	10		- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.28	Produrre un protocollo di conservazione del materiale microbiologico presso la SC microbiologia	SI	D	15		Protocollo elaborato ed inviato alla direzione sanitaria		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	5		-Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C.R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale - RICERCA

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		30	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		20	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica		
Totale pesi:					100				