

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 189 DEL 28/11/2024

OGGETTO: Rinegoziazione budget 2024 - modifica del decreto N. 40/2024 dd. 29/3/2024
"Assegnazione per l'anno 2024 del budget ai centri di attività e risorsa".

Sottoscritto dal Direttore Generale

Dott. Stefano Dorbolò

nominato con Delibera della Giunta Regionale n.2267 del 27.12.2019

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

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

Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica

IL RESPONSABILE DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 25 novembre 2024	dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 25 novembre 2024

IL DIRETTORE GENERALE

Visti i decreti n. 24 dd. 16.02.2024 di adozione del Piano Attuativo Ospedaliero 2024, ai sensi della D.G.R. n. 48 dd. 19.01.2024, recante *“Adozione definitiva del PAO 2024 ai sensi della DGR 48/2024”*, e n. 56 dd. 06.05.2024 avente ad oggetto *“Riadozione PAO 2024 per il riallineamento partite infragruppo”*;

richiamata la DGR 1446 dd. 4/10/2024 con la quale la regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha consolidato i piani attuativi ed i bilanci preventivi 2024 delle aziende del SSR, apportando ed integrando alcuni obiettivi assegnati dalla programmazione regionale;

atteso che con decreto n. 40 dd. 29/3/2024 si è proceduto all’assegnazione per l’anno 2024 del budget ai centri di attività e di risorsa;

considerato che nel corso del monitoraggio degli obiettivi 2024, avvenuto nel mese di settembre 2024, sono emersi degli errori materiali, oltre che alcune criticità, segnalate dai responsabili dei singoli progetti;

ritenuto pertanto di dover rimodulare alcuni indicatori al fine di rendere maggiormente coerente l’obiettivo all’indicatore stesso, così come indicato nell’allegato 1 *“Obiettivi di attività 2024 - revisione”*, nel campo note ed in carattere maiuscolo;

dato atto che si è proceduto alla formale rinegoziazione di alcuni obiettivi in quanto il mancato raggiungimento degli stessi risulta indipendente dalla responsabilità delle strutture, così come accertato dalla Direzione Strategica;

ritenuto conseguentemente di procedere alla riformulazione di alcuni obiettivi, nei nuovi termini indicati nell’allegato 1 *“Obiettivi di attività 2024 - revisione”*, facente parte integrante del presente provvedimento nel campo note ed in carattere maiuscolo;

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

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

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

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di procedere alla rimodulazione di alcuni obiettivi, indicatori e soglie, previsti nel decreto n. 40/2024 nei nuovi termini indicati nell’allegato 1 *“Obiettivi di attività 2024 - revisione”*, come evidenziato nel campo note ed in carattere maiuscolo, facente parte integrante del presente provvedimento;

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

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

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL DIRETTORE SANITARIO
dott.ssa Serena Sincovich <i>atto firmato digitalmente</i> data 28 novembre 2024 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 2 del 02.01.2020	prof. Massimo Zeviani <i>atto firmato digitalmente</i> data 28 novembre 2024 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 59 del 27.04.2022	dott.ssa Paola Toscani <i>atto firmato digitalmente</i> data 28 novembre 2024 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2020

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

ELENCO ALLEGATI:
<ul style="list-style-type: none">All 1 rinegoziazione obv 2024

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANO DORBOLO'

CODICE FISCALE: DRBSFN64E08L483U

DATA FIRMA: 28/11/2024 16:29:28

IMPRONTA: 1FBAE9AFB4DA466799FD8162603AC1398174D00A850A5F97B6752757CC1EBAAA
8174D00A850A5F97B6752757CC1EBAAA3CC560B38B2D2519F301C5D146A6C3DD
3CC560B38B2D2519F301C5D146A6C3DDAD5E2D498F69C3022C89795EAE91B50
AD5E2D498F69C3022C89795EAE91B50638DE92DF475981400C36B66EC7ECAB2



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Allegato 1

Obiettivi di attività 2024 - revisione -

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	10
SC	SC Farmacia	13

Direzione Scientifica

	Direzione Scientifica	15
SC R	Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari	17

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

SC	Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti	19
SC	Gestione Economico - Finanziaria	21
SC	Affari Generali e Legali	23
SC	Gestione Tecnica Edile Impiantistica	25
SSD	Politiche del Personale	27

Dipartimento di Pediatria

SSD	Gastroenterologia e Nutrizione	29
SC	Neuropsichiatria Infantile	31
SC	Oncoematologia	34
SC U	Clinica Pediatrica	38
SC	Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	39

Dipartimento di Chirurgia

SC	Chirurgia	42
SC	Oculistica	44
SC	Ortopedia e Traumatologia	46
SC	Otorinolaringoiatria e Audiologia	48
SC	Anestesia e Rianimazione	50
SC U	Odontostomatologia pediatrica	52

Dipartimento Materno neonatale

SC	Neonatologia	54
SC U	Clinica Ostetrica e Ginecologica	57
SC R	Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita	60
SSD R	Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	62
SSD	Gravidanza a rischio	64

Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata

SC	Genetica Medica	66
SC R	Radiologia Pediatrica	68
SC R	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	71
SC R	Diagnostica Avanzata Microbiologia Traslazionale	73

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione

Responsabile:
dott.ssa Luisa Giove

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	15	10	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.		
7.2		Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024		
7.3		Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	D	5		Evidenza degli incontri di monitoraggio		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	10	10	1 Supportare le strutture nell'aggiornamento della Guida dei Servizi; 2 Aggiornare le procedure con vetusta' > 3 anni 3 Produrre la reportistica relativa al grado di soddisfazione dell'utente 4 Supportare la SC Gestione tecnica nella predisposizione e realizzazione della segnaletica		1, 2, 3, 4 entro 31/5/2024
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	E	10	10	1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
10.14		Rete pediatrica: avviare le attivita' dell'Ufficio della Rete Pediatrica.	SI	D	10	10	Evidenza della comunicazione dell'attivita' del Comitato della Rete pediatrica e dell'Ufficio di coordinamento		
10.19		Partecipazione alla predisposizione e implementazione del piano di comunicazione FSE 2.0	SI	E	10	10	Evidenza documentale		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione

Responsabile:
dott.ssa Luisa Giove

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	10.20	Redigere e divulgare una newsletter periodica destinata al personale dell'Istituto, al fine di informarlo sui principali eventi/attivita' aziendali, in collaborazione con gli Uffici di Segreteria	SI	E	10	10	N. 5 uscite nel corso del 2024		
	10.27	Rivisitazione del percorso per ingresso dei lavoratori in istituto con applicazione FAD neoassunti	SI	E	10	10	Predisposizione del Regolamento e della FAD da rendere disponibile sulla piattaforma dedicata		31/12/2024
	10.28	Aggiornamento del Regolamento Utilizzo Sale, in collaborazione con gli Uffici di Segreteria	SI	E	10	10	Predisposizione della bozza di Regolamento revisionata		
	16.10	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C		10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	20	20	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. 3. Garantire il monitoraggio della sezione Anticorruzione del PIAO 4. Attivazione della piattaforma informatica attraverso la quale il segnalante puo' inoltrare la segnalazione di illecito e relativo aggiornamento del "Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazione di disposizioni normative nazionali o dell'UE che ledono l'interesse pubblico o l'integrita' della PA e relative forme di tutela dell'IRCCS".		
7.2		Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	10	10	Aggiornare le procedure con vetusta' > 3 anni		1 entro 31/5/2024
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	E	15	15	1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura 3 Elaborazione di un regolamento/procedura relativo al processo di Programmazione aziendale, alla luce della normativa nazionale e regionale		1 entro 31/5/2024; 2 e 3 entro 31/12/2024
11.3		Aggiornare il percorso di valutazione del personale della ricerca	SI	E	10	10	Supportare la Direzione scientifica nell'Aggiornamento del regolamento relativo al personale della ricerca a tempo determinato e nella predisposizione della bozza di regolamento della valutazione del personale della ricerca a tempo indeterminato		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	12.7	Aggiornare le gerarchie ASCOT al fine del miglioramento della rilevazione dei costi per livello assistenziale (modello LA)	SI	E	10	10	Adeguamento delle gerarchie necessarie per la rilevazione dei costi, secondo i criteri trasmessi da ARCS		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	E	15	15	- Pubblicazione, mensile su intranet, del report di monitoraggio consumi delle SC/SSD ; - Segnalazione dei principali scostamenti ai responsabili - Analisi della programmazione del fabbisogno fornita dalla SC Ingegneria Clinica relativamente alle strutture di laboratorio per armonizzazione con budget annuale		
	16.8	Predisporre e formalizzare il percorso amministrativo relativo alle sperimentazioni cliniche	SI	E	10	10	-Evidenza documentale relativa al percorso amministrativo delle sperimentazioni ciniche (dall'avvio alla fatturazione)		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
1.6	3.5	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	- Numero interventi di comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver e disponibilita' di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialita': almeno 1 intervento di comunicazione ed evidenza documentale della collaborazione		
1.4 a	3.9	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	SI	E	10	10	- Adozione di una buona pratica prevista dal Workplace Health Promotion		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	15	15	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'accreditamento istituzionale	SI	E	15	15	1 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 2 Revisionare il documento relativo ai rischi per i visitatori		1, 2 entro 31/5/2024
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	15	15	1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
	10.13	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	10	10	Supporto al trasferimento presso i nuovi locali ed alla riqualificazione dei locali presso via dell'Istria, civico n. 61 Note: NUOVO INDICATORE: SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DI TRASFERIMENTO NEI NUOVI AMBIENTI DI LAVORO UBICATI PRESSO VIA DELL'ISTRIA 63 E AL TRASFERIMENTO DELLA SDR MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	12.2	Adeguare il piano per le emergenze per le nuove sedi aziendali	SI	D	10	10	Documento relativo al piano antincendio del civico 61.		
							Note: NUOVO INDICATORE: INTERVENTI A SEGUITO DELLE RICHIESTE DA PARTE DEL COMANDO PROVINCIALE DEI VIGILI DEL FUOCO DI TRIESTE PER L'ADEGUAMENTO ANTINCENDIO DELLA PALAZZINA DI VIA DELL'ISTRIA 63		
	12.3	Implementare i DVR aziendali per il Dipartimento di Diagnostica	SI	D	15	15	Implementare tre DVR delle strutture afferenti al dipartimento		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Responsabile:

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
1.11.a	3.3	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Promozione e sostegno all'allattamento	SI	E	5	5	- Percentuale di donne che allattano al seno alla dimissione dopo il parto >=80%.		>=80%; >=90%
							<p>Note: INDICATORE MODIFICATO: - Percentuale di donne che allattano al seno alla dimissione dopo il parto >=80% - EVIDENZA DELL'INSERIMENTO DEI DATI NEL PORTALE ALLATTAMENTO >=90% (Target modificato con DGR 1446 del 4/10/2024 (allegato 5))</p>		
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	E	10	15	- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
							<p>Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure</p>		
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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica		
							<p>Note: INDICATORE MODIFICATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica; - PARTECIPARE A BANDI COMPETITIVI PER FINANZIAMENTI DIVERSI DA RC E 5X1000 (ALMENO 1 BANDO PER DIPARTIMENTO)</p>		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Responsabile:

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	15	15	1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Collaborare alla mappatura degli edifici in collaborazione con la SC Gestione Tecnica 6 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali		1,2,3,4 ,5 entro 31/5/2024; 6 entro 31/12/2024
Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024									
3.3	10.8	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti.	SI	C		5	- indicatore Bersaglio C7.3: percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita (<20%);		
	10.10	Rete pediatrica: area emergenza-urgenza: attuazione del modello individuato dal documento sul trasporto sanitario interospedaliero urgente del paziente pediatrico	SI	E	5	10	- Trasporti effettuati. - Report di sintesi dei trasporti effettuati inviato ad ARCS e DCS		
Note: INDICATORE MODIFICATO: % DI OPERATORI FORMATI AL TRASPORTO >= 90%									
	10.11	Collaborare alla revisione del modello organizzativo del DH	SI	E	5	5	Definizione del piano di miglioramento del percorso del paziente in DH pediatrico		
	10.12	Migliorare l'utilizzo delle risorse umane all'interno della piattaforma tecnica e dei servizi	SI	E	5	5	Identificazione del modello organizzativo - documento inviato alla Direzione sanitaria		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Responsabile:

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	11.1	Curare la redazione degli orari/cartellini mensili del personale afferente alle piattaforme/DPS	SI	C	20	15	1 Identificazione del percorso necessario per l'attuazione della correzione informatica del cartellino 2 Pianificare le attivita' formazione per i coordinatori. 3 Partecipare alla formazione 4 Cartellini redatti a partire da 1/12/2024		
	11.2	Predisporre il nuovo assetto organizzativo degli incarichi del comparto afferente alla DPS	SI	D	20		Documento inviato e redatto alla Direzione Strategica		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	E	5	10	- Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	15.2	Partecipare al progetto Cartella Clinica Elettronica Regionale	SI	E	5	10	Partecipazione agli incontri - report delle attivita' svolte		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	E	15	10	- Adeguamento delle agende secondo quanto previsto dal piano aziendale dei TDA per almeno il 50% delle prestazioni oggetto di monitoraggio - Report di analisi dei tda contenenti i possibili correttivi inviati periodicamente ai responsabili - Organizzazione di almeno 3 incontri con PLS/MMG		
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	E	10	10	- Redigere il Programma regionale della Rete Cure Sicure (ad esclusione degli obiettivi collegati al rischio infettivo) - Invio della rendicontazione nei tempi previsti		
	3.6	Rischio clinico: programmi di antimicrobial stewardship	SI	E	10	15	Realizzazione degli obiettivi della Rete Cure sicurerelativi all'antimicrobial stewardship.		
	3.7	Approvare il protocollo antilegionella e gestire le attivita' da questo previste	SI	D	10		protocollo firmato entro il 31/3/2024 e almeno 4 verbali di incontri con PPP. Note: INDICATORE RIMODULATO(Considerate le problematiche con la ditta appaltatrice si concordadi spostare la data): protocollo firmato ENTRO IL 31/12/2024 e almeno 4 verbali di incontri con PPP.		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	E	10	5	- Almeno 2 articoli con IF accettati - Effettuare la manutenzione del sito web per la pubblicazione degli studi clinici Note: INDICATORE MODIFICATO: - Almeno 2 articoli con IF accettati; - Effettuare la manutenzione del sito web per la pubblicazione degli studi clinici; - PARTECIPARE A BANDI COMPETITIVI PER FINANZIAMENTI DIVERSI DA RC E 5X1000 (ALMENO 1 BANDO PER DIPARTIMENTO)		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	D	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. 3 Revisione del sito nella sezione relativa ai tempi d'attesa.		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	10	10	- Coordinare le attivita' svolte dalle strutture ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento - Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni		entro 31/5/2024
Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTO 2 ENTRO IL 31/12/2024									
D.1.b	10.2	Adozione formale della Procedura aziendale di gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione e successiva applicazione	SI	E	5	15	- Evidenza della procedura aziendale per la gestione delle liste d'attesa per i ricoveri programmati entro 31/3/2024 - costante pulizia delle liste: evidenza dei pazienti correttamente inseriti e presenti in lista mediante controllo a campione di 5 prenotazioni per specialita' chirurgica dei pazienti prenotati entro 30/11/2024 - organizzazione di almeno 3 incontri della Commissione aziendale per la programmazione dell'attivita' chirurgica (3 verbali agli atti)		
	10.11	Collaborare alla revisione del modello organizzativo del DH	SI	C		5	Definizione del piano di miglioramento del percorso del paziente in DH pediatrico		
	10.14	Rete pediatrica: avviare le attivita' dell'Ufficio della Rete Pediatrica.	SI	C		5	Evidenza dei verbali relativi agli incontri della Rete pediatrica		
Note: ERRORE MATERIALE, INDICATORE: Evidenza dei verbali relativi agli incontri DELL'UFFICIO Rete pediatrica									
	10.15	Logistica - coordinare le attivita' di trasferimento presso i nuovi spazi	SI	D	10		- Evidenza dell'attivita' svolta e dei trasferimenti effettuati		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

**Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	10.17	Ottimizzare organizzazione e erogazione delle prestazioni di psicologia ospedaliera: effettuare la riorganizzazione delle attivita' di psicologia ospedaliera svolte nei vari ambiti e definizione di linee comuni per la gestione e erogazione delle prestazioni	SI	D	10		Documento prodotto con una proposta di revisione organizzativa per almeno un ambito (es. materno-neonatale)		
	10.18	Effettuare il monitoraggio, la valutazione e la revisione di almeno 4 percorsi di continuita' assistenziale con ASUGI alla luce della riorganizzazione territoriale.	SI	C		10	- Almeno 2 percorsi rivisti con ASUGI (bozza di revisione).		
	16.7	Sviluppare le attivita' destinate all'implementazione delle prestazioni per l'utenza straniera	SI	C	5	15	- Report contenente: volumi, tariffato, provenienza, fascia di eta', setting assistenziale e sponsor/ente finanziatore dell'attivita' erogata a favore di pazienti stranieri dal 2021 al 30/6/2024. - Brochure informativa per utenti stranieri che accedono ai servizi sanitari dell'IRCCS - Definizione di un piano per l'implementazione delle attivita' di fundraising		
1.4	12.9	Garantire le progettualita' HPH entro le scadenze previste dalle linee di gestione.	NO	D			- Partecipazione alle attivita' del HPH - Evidenza delle azioni realizzate nel 2024.		
3.4.f	14.1	Confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	NO	D			percentuale dei dati analizzati da COP		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
5.6	2.5	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	SI	D	10		% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina >= 70		>= 70%
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica Note: INDICATORE MODIFICATO: - Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica; - PARTECIPARE A BANDI COMPETITIVI PER FINANZIAMENTI DIVERSI DA RC E 5X1000 (ALMENO 1 BANDO PER DIPARTIMENTO)		
5.3	6.1	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Inserimento della residenza del paziente per tutti i farmaci medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilita' sanitaria.	SI	D	10		Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%		
5.7	6.2	Partecipazione al tavolo regionale dei dispositivi medici	SI	D	10		Evidenza di partecipazione al tavolo regionale che deve avviare le attivita' nei seguenti ambiti: 1. definizione di azioni per il contenimento dei DM annualmente scaduti, da elaborare anche in collaborazione con gli altri Enti, e loro applicazione al fine di ridurre la spesa dei DM scaduti annualmente; 2. definizione dei contenuti di un report trimestrale di monitoraggio della spesa e dei consumi di DM a livello regionale e di singolo Ente del SSR; 3. resoconto di ogni riunione del tavolo di lavoro.		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	D	5		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2024.		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni		1, 2 entro 31/5/2024
							Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTO 2 ENTRO IL 31/12/2024		
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	D	10		1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
	13.2	Monitoraggio delle prescrizioni di medicinali galenici per pazienti territoriali al fine di regolare al meglio le convenzioni in essere con gli altri enti SSR.	SI	D	10		Restituzione di un report semestrale (2024 vs 2023) della produzione galenica per pazienti territoriali con dettaglio di azienda di residenza e tipologia di medicinale prodotto (entro 31 luglio 2024 ed entro 31 gennaio 2025)		
	16.9	Mantenere l'attivita' della Commissione dispositivi	SI	D	10		- Evidenza dei verbali degli incontri della Commissione		
							Note: INDICATORE MODIFICATO in fase di rinegoziazione: - APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO; - Evidenza dei verbali degli incontri della Commissione; - EVIDENZA DEI DISPOSITIVI TRASMESSI DALLA SC INGEGNERIA CLINICA E VERIFICATI DALLA FARMACIA.		
	16.10	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	D	10		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

**Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	E	10	10	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.		
6.5	4.2	Partecipazione alla rete PROMIS, attraverso un proprio referente aziendale	SI	E	5	5	- Formalizzazione del referente in ciascuna Azienda sanitaria e IRCSS entro il 31.03.2024. - Diffusione delle informazioni e coinvolgimento dei diversi professionisti aziendali secondo il tema trattato (n. e tipologia di partecipazioni a gruppi di lavoro)		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	10	10	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.		
	7.2	Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024		
	7.3	Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	E	10	10	Evidenza degli incontri di monitoraggio		
	8.3	Avviare il percorso di certificazione del Biorepository e del nuovo laboratorio di medicina di precisione e delle malattie rare	SI	E	10	10	- Evidenza del avvio del percorso di certificazione con Accredia del Biorepository - Evidenza del percorso di certificazione del nuovo laboratorio di medicina di precisione e delle malattie rare.		
	8.4	Proseguire nel percorso di certificazione del supporto amministrativo della Direzione Scientifica	SI	E	10	10	Linea di attivita': Ufficio Grant office: predisposizione del percorso (flow chart) dalla ricerca del bando alla rendicontazione dei progetti		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	11.3	Aggiornare il percorso di valutazione del personale della ricerca	SI	E	10	10	- Aggiornamento del regolamento relativo al personale della ricerca a tempo determinato - Predisposizione della bozza di regolamento della valutazione del personale della ricerca a tempo indeterminato		
	12.4	Riordino IRCCS - codice etico della ricerca	SI	E	10	10	- Revisione del codice etico della ricerca		
	12.5	Riordino IRCCS - individuazione dei partner industriali	SI	E	5	5	Adozione di un regolamento contenente le procedure ed i criteri per l'individuazione dei partner industriali con adeguate competenze tecnologiche e di ricerca, al fine dell'adozione dell'Albo dei partner industriali.		
	16.10	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' 2024

Dipartimento: Direzione Scientifica

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

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	3.10	Garantire il coordinamento regionale del programma di screening neonatale uditivo, visivo, metabolico esteso	SI	D	10		Relazione annuale relativa allo stato di avanzamento delle attivita'		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica		
6.5	4.2	Partecipazione alla rete PROMIS, attraverso un proprio referente aziendale	SI	E	5	15	- Formalizzazione del referente in ciascuna Azienda sanitaria e IRCSS entro il 31.03.2024. - Diffusione delle informazioni e coinvolgimento dei diversi professionisti aziendali secondo il tema trattato (n. e tipologia di partecipazioni a gruppi di lavoro)		
	4.3	Mantenere ed ampliare i network di ricerca sulla qualita' delle cure materno infantili	SI	E	15	15	2 Reportdi monitoraggio ealmeno 1 network di ricerca attivo su 25 paesi		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2024.		
	7.2	Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024		
	10.14	Rete pediatrica: avviare le attivita' dell'Ufficio della Rete Pediatrica.	SI	D	10		- Reportistica necessaria per le attivita' della rete		
	12.4	Riordino IRCCS - codice etico della ricerca	SI	E	10	10	- Revisione del codice etico della ricerca		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Direzione Scientifica

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

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	14.3	Sviluppare in collaborazione con la SS Endocrinologia, Auxologia e Diabetologia della Clinica Pediatrica, Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute e Istituto Superiore di Sanita' il registro epidemiologico del diabete tipo 1, tipo 2 e gestazionale	SI	E	10	10	Relazione annuale con lo stato di avanzamento inviata alla DCS		
	16.8	Predisporre e formalizzare il percorso amministrativo relativo alle sperimentazioni cliniche	SI	C		15	-Evidenza documentale relativa al percorso amministrativo delle sperimentazioni cliniche (dall'avvio alla fatturazione)		
6.6	17.2	Partecipare attraverso un proprio referente aziendale ad un gruppo di lavoro per la mappatura delle strutture aziendali e del processo autorizzatorio delle attivita' di ricerca, innovazione e sperimentazione.	SI	E	10	20	- Formalizzazione del referente in ciascuna Azienda sanitaria e IRCCS entro il 29.02.2024 - Entro il 30.04.2024 presentare ad ARCS un report sulle strutture organizzative e i processi autorizzatori degli studi in ricerca, innovazione e sperimentazione - Entro il 30.04.23 formazione degli addetti ai lavori sul nuovo Regolamento (UE) n. 536 nelle sperimentazioni cliniche. - Entro il 30.6.2024 presentazione ad ARCS di proposte di ottimizzazione dei processi autorizzatori e di gestione di progetti e studi di ricerca, innovazione e sperimentazione presso le Aziende sanitarie e gli IRCCS.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	15	15	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 3. Attivazione della piattaforma informatica attraverso la quale il segnalante puo' inoltrare la segnalazione di illecito.		
7.2		Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	15	15	1 Aggiornare le procedure con vetusta' > 3 anni 2 Acquistare la segnaletica in conformita' e in base alla tempistica di approvazione del progetto.		1 entro 31/5/2024
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	E	15	15	1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
10.32		Aggiornamento della piattaforma aziendale B.O.R.A. (Burlo-Organizzazione Richieste di Acquisto), relative a tutte le richieste di acquisto che sono state evase al 31/12/2023.	SI	E	10	10	- Aggiornamento richieste per la prima annualita' 2023, a ritroso (quantita', importo economico, finanziamento, n CUP e stato) - comprese le richieste NON inserite in BORA dal reparto/servizio richiedente da inserire/aggiornare da parte della SC Ing. Clinica		
12.6		Attuare e rendicontare le linee progettuali 2024 di pertinenza	SI	E	10	10	Evidenza dell'attivita' svolta e rendicontazione effettuata ed inviata alla Programmazione e controllo nelle tempistiche previste		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	E	10	10	Comunicazione alla SSD Programmazione e controllo del fabbisogno evidenziato dalle SC/SSD relativamente alle strutture di laboratorio per armonizzazione con budget annuale		

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
16.9		Mantenere l'attivita' della Commissione dispositivi	SI	E	5	5	Inviare ala SC Farmacia le richieste di acquisto di dispositivi, come previsto nel Regolamento aziendale relativo al funzionamento della Commissione dispositivi.		
16.10		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' 2024

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 2023	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	15	15	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.		
	7.2	Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	10	10	Aggiornare le procedure con vetusta' > 3 anni		entro 31/5/2024
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	10	10	1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
	10.21	Implementare manualmente la piattaforma certificazione crediti (PCC) con la documentazione che non viene generata automaticamente dai flussi derivanti dalla contabilita'	SI	E	15	15	- Caricamento ordinativi di pagamento delle fatture estere che non transitano dal sistema di interscambio dati (SDI), - chiusura di note di accredito a storno totale delle relative fatture, - sospensione delle fatture contestate dai centri di risorsa e chiusura delle fatture dei professionisti per la parte della ritenuta d'acconto. - evidenza che la piattaforma certificazione crediti e' correttamente alimentata e conciliata con la contabilita'.		
	10.22	Supportare la Direzione scientifica nel reperimento dei dati necessari ai rendiconti dei progetti di ricerca, relativamente al personale interno, esterno ed all'IVA.	SI	E	15	15	Alimentare mensilmente una cartella condivisa con la Direzione scientifica con copia ordinativi di pagamento, copia quietanze e copia degli F24 del personale interno esterno e dell'IVA.		

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
16.8		Predisporre e formalizzare il percorso amministrativo relativo alle sperimentazioni cliniche	SI	E	10	10	-Evidenza documentale relativa al percorso amministrativo delle sperimentazioni cliniche (dall'avvio alla fatturazione)		
16.10		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	15	15	Monitoraggio quindicinale delle scadenze dei documenti contabili e contestuale invio dello scadenziario ai CDR. Pagamento nei termini di legge dei documenti verificati. Note: INDICATORE RIMODULATO: 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' 2024

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 2023	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	15	15	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.		
7.2		Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024		
7.3		Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	E	10	10	Evidenza degli incontri di monitoraggio		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	10	10	Aggiornare le procedure con vetusta' > 3 anni		entro 31/5/2024
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	E	10	10	1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
10.16		Gestione assicurativa centralizzata della polizza RCT/RCO degli entri SSR FVG: prevenzione del rischio legato allo smarrimento /danneggiamento degli effetti personali dei pazienti.	SI	E	10	10	1 Collaborazione con ARS nella predisposizione di un protocollo condiviso e unico sulla gestione degli effetti personali di proprieta' del paziente (atti di istruttoria/ partecipazione alle riunioni indette da ARCS). 2 Predisposizione della proposta di decreto di adozione dell'elaborando protocollo condiviso e unico a livello regionale sulla gestione degli effetti personali di proprieta' del paziente.		1 entro 31/10/2024; 2. entro 15/11/2024

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
10.24		Ottimizzazione degli interventi di recupero crediti con la procedura PRO_AFFGEN_0005_07 "RECUPERO CREDITI IN FASE PRECONTENZIOSA" mediante l'introduzione ex novo dell'attivita' finalizzata alla definizione delle posizioni debitorie (ticket prestazioni ambulatoriali o tariffa libera professione) riscosse per intero dall' Agenzia delle entrate- Riscossione per conto dell'Istituto e per le quali, a decorrere dall' anno 2017, sia stato intimato il pagamento all' utente.	SI	E	10	10	1) Elenco delle posizioni estinte, scaricato in formato pdf, xls e txt (e successiva trasformazione in formato xls), dal portale Agenzia delle Entrate-Riscossione. 2) Report/comunicazione illustrativo/a dell'esito del confronto dell'elenco generato dall'AER con la documentazione cartacea ed informatica, anche risalente nel tempo, in possesso della struttura per permettere alle articolazioni aziendali coinvolte (AOS/CUP e S.C. Gestione Economico Finanziaria) nel percorso recupero crediti di registrare, sugli applicativi di rispettivo interesse, l'avvenuto soddisfacimento dei crediti.		
10.26		Aggiornamento del "Regolamento aziendale sui diritti di proprieta' intellettuale e trasferimento tecnologico" in conseguenza della modifica dell' art. 65 del Codice di proprieta' industriale (D.lgs. n. 30 del 10 febbraio 2005), introdotta dall' art. 3, comma 1, della Legge n.102 del 24 luglio 2023.	SI	E	15	15	1) Bozza di Regolamento 2) Proposta di decreto di adozione dell'atto regolamentare		31/12/2024
16.10		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' 2024

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 2023	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	15	15	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.		
	7.2	Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	15	15	1 Aggiornare le procedure con vetusta' > 3 anni 2 Redigere la mappatura degli edifici in collaborazione con la Direzione delle professioni sanitarie 3 Attivazione di un servizio per la predisposizione della segnaletica.		1,2,3 entro 31/5/2024
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	E	10	10	1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
	10.13	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	10	10	1 Trasmissione al nucleo di valutazione degli investimenti entro il 31/03 e avvio dei lavori del civico 61 entro giugno 2024. 2 Collegamento Opera San Giuseppe al comprensorio ospedaliero: conclusione lavori entro 30/6		
							Note: INDICATORE MODIFICATO in quanto il precedente indicatore risulta non raggiungibile per cause esogene (documentazione conservata agli atti della SSD Programmazione e controllo): 1 LAVORI CIVICO 61: REVISIONE COPERTURA FINANZIARIA E AGGIUDICAZIONE GARA ENTRO 31/12; 2 COLLEGAMENTO OPERA SAN GIUSEPPE AL COMPRESORIO OSPEDALIERO: AVVIO DEI LAVORI ENTRO 31/10/2024		

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
10.34		Completare i lavori relativi all'edificio principale in seguito al trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe	SI	E	30	30	1 Accettazione ostetrico ginecologica: chiusura lavori entro 30/9, previa relazione sanitaria entro 31/3; 2 Conclusione dei lavori della Clinica pediatrica finalizzata al potenziamento del Hospice Pediatrico entro 30/6; 3 Revisione centro prelievi e predisposizione ambulatorio per DAMA: chiusura lavori entro 30/11, previa relazione sanitaria entro 30/4; 4 Copertura e lavori di adeguamento camera calda PS: chiusura lavoro entro il 30/06; revisione studi PS: chiusura lavoro entro 30/9; 5 Posizionamento reti anticaduta di tutte le scale dell'edificio principale: conclusione lavori entro 30/11; 6 Attivazione parcheggi e viabilita' interna entro il 30/6. Note: INDICATORE MODIFICATO in quanto il precedente indicatore risulta non raggiungibile per cause esogene (documentazione conservata agli atti della SSD Programmazione e controllo): 1 ACCETTAZIONE OSTETRICO GINECOLOGICA: CHIUSURA LAVORI ENTRO 31/12/2024; 2 PRESENTAZIONE DEL PROGETTO TECNICO DI RISTRUTTURAZIONE DELLA CLINICA PEDIATRICA AL GRUPPO LEAN MANAGEMENT; 3 REALIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO DAMA ENTRO 31/12/2024 4 COPERTURA E LAVORI ADEGUAMENTO CAMERA CALDA PS: CHIUSURA LAVORO ENTRO 31/12/2024 5 Posizionamento reti anticaduta di tutte le scale dell'edificio principale: conclusione lavori ENTRO IL 31/12; 6 Attivazione parcheggi e viabilita' interna entro il 30/6.		
16.10		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' 2024

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 2023	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026	SI	E	15	15	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. Compresa implementazione incarichi strutture gestionali.		
7.2		Implementazione del regolamento e del registro sul Trattamento e la Protezione dei dati personali	SI	E	10	10	Aggiornamento del Registro dei trattamenti afferenti alla struttura entro il 30/9/2024.		
7.3		Favorire la continuita' del lavoro di implementazione e monitoraggio del Gender Equality Plan	SI	E	5	5	Evidenza degli incontri di monitoraggio		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	E	10	10	Aggiornare procedure con vetusta' > 3 anni		entro 31/5/2024
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	E	10	10	1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
11.1		Curare la redazione degli orari/cartellini mensili del personale afferente alle piattaforme/DPS	SI	E	15	15	- Evidenza del documento di sintesi da consegnare in sede di formazione contenente i codici da utilizzare - Formazione effettuata al personale individuato dal responsabile della SC Direzione delle Professioni - evidenza dell'attivita' svolta		
11.3		Aggiornare il percorso di valutazione del personale della ricerca	SI	E	15	15	Supportare la Direzione scientifica nell'Aggiornamento del regolamento relativo al personale della ricerca a tempo determinato e nella predisposizione della bozza di regolamento della valutazione del personale della ricerca a tempo indeterminato		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

**Responsabile:
dott. Laura Mandelli**

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	11.4	Applicare il nuovo CCNL del personale della ricerca	SI	E	5	5	Evidenza dell'applicazione del CCNL - sintesi dell'attivita' svolta		
	16.8	Predisporre e formalizzare il percorso amministrativo relativo alle sperimentazioni cliniche	SI	E	5	5	-Evidenza documentale relativa al percorso amministrativo delle sperimentazioni ciniche (dall'avvio alla fatturazione)		
	16.10	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' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		primevisita gastroenterologica		>=90% B e D
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		Monitorare l'attivita' scientifica delle strutture dell'IRCCS attraverso la produzione di report sull' IF intermedi e annuali		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
C.6.c	10.1	PDTA malattie infiammatorie croniche intestinali in eta' pediatrica	SI	D	10		Predisposizione del PDTA sulle malattie infiammatorie croniche intestinali in eta' pediatrica		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia

**Responsabile:
dott. Grazia Di Leo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
12.1		Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
13.1		Transizione alle strutture di gastroenterologia e/o epatologia dell'adulto di pazienti pediatrici affetti da patologia cronica afferenti alla SSD di gastroenterologia e nutrizione al raggiungimento dell'eta' adulta.	SI	D	10		Report finale sulla transizione >60% dei soggetti adulti con caratteristiche idonee (entro i 20 anni, malattia stabile, situazione lavorativa o di studio stabile)		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	15		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 il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	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' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D	10			elettromiografia semplice (eta' < 18 anni)		>=90% B e D
1.11.b.	3.2	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Incentivarela somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	SI D	10			Somministrazione ai pazienti segnalati dalla neonatologia(nati prematuri di peso < 1500g e/o di eta' gestazionale < 32 settimane) del protocollo valutativo. Report alla DCS		
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI D	15			- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
<p>Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024</p>									
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	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 il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	17.8	Migliorare ed uniformare la gestione (diagnosi e terapia) dello stato di male epilettico (convulsivo e non convulsivo) per i soggetti accolti presso la SSCC di Neuropsichiatria Infantile, Pediatria d'Urgenza, e Rianimazione.	SI	D	10		Elaborazione di un PDTA condiviso		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **S.C. Neuropsichiatria infantile**

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
			Totale pesi:		100				

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.3	2.3	RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi chirurgici monitorati prioritari A, B, C e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		biopsia percutanea del fegato		>=90% A,B,C e D
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLS-D 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
<p>Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024</p>									

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	D	10		1 Redigere il riesame della direzione 2 Redigere il riesame di Fase 1 3 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura 4 Garantire gli obblighi formativi per la fase 1 5 Ottemperare a quanto richiesto dalla visita di ispezione del CNT, se programmata		1,2 entro 31/5/2024; 3,4,5 entro 31/12/2024
	10.9	Rete pediatrica: area emato - oncologica: Applicazione del PDTA sulla gestione delle infezione nel paziente neutropenico	SI	D	10		Report di sintesi di applicazione del PDTA inviato ad ARCS e DCS		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	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 il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	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		
	17.6	Attivare ambulatorio degli off-therapy da tariffare come visita oncologica o controllo oncologico	SI	D	10		Soglia minima 50 prestazioni/anno pari al 10 % delle prestazioni tariffate come visita oncologica o controllo oncologico nel 2023 (somma totale pari a 520)		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		primevisite:cardiologica, endocrinologica, dermatologica,pneumologica;elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo		>=90% B e D
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLS-D 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
	10.11	Collaborare alla revisione del modello organizzativo del DH	SI	D	5		Definizione del piano di miglioramento del percorso del paziente in DH pediatrico		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	10.31	Sviluppare nei reparti di Chirurgia Pediatrica Burlo , UCO Clinica Pediatrica Burlo e UCO Pediatria Monfalcone un protocollo di gestione integrata pediatrico e chirurgico per il follow up e la gestione post-operatoria delle infezioni suppurative (empiema pleurico, ascessi addominali)che prevedaintegrazione degenze e prosecuzione terapie nei reparti pediatrici, consorveglianza clinica econsulenza chirurgica strutturata.	SI	D	10		Documentazione protocollo preparato. Documentazione eventuali casi gestiti come da nuovo protocollo.		31/12/2024
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	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. Note: INCREMENTO BUDGET A 602.934 EURO PER LE ATTIVITA' COLLEGATE AL LABORATORIO NON CONSIDERATE PRECEDENTEMENTE.		
	16.2	Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delleprestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
C.3.a	17.1	Definizione del percorso integrato di cura per la presa in carico del paziente pediatrico in cure palliative	SI	D	10		Formalizzazione del percorso integrato di cura per la presa in carico del paziente pediatrico in cure palliative		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia	
Totale pesi:			100							

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
3.2	10.7	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	SI	D	10		% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (indicatore Bersaglio C.16.10)	14,11% (valore 2022)	<10%
	10.10	Rete pediatrica: area emergenza-urgenza: attuazione del modello individuato dal documento sul trasporto sanitario interspedaliero urgente del paziente pediatrico	SI	D	10		- Trasporti effettuati. -Report di sintesi dei trasporti effettuati inviato ad ARCS e DCS		

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
							Note: INDICATORE MODIFICATO: % DI OPERATORI FORMATI AL TRASPORTO >= 50%		
	10.30	Elaborare un protocollo per la gestione in urgenza dello stato di male epilettico	SI	D	10		protocollo elaborato entro il 31/12/2024		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	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.		
	16.6	Diminuire il rapporto tra OBI>24ore e accessi esitati in ricovero	SI	D	15		rapportotra OBI>24ore e accessi esitati in ricovero diminuito di almeno il 5%rispetto al 2023		
3.2	10.4	Mantenimento/miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice prioritá 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	NO	D			% di accessi in Pronto Soccorso con codice prioritá 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (indicatore Bersaglio C 16.2.N)		>=70%
3.2	10.5	Mantenimento/miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice prioritá 4 (verde) visitati entro 120 minuti	NO	D			% di accessi in Pronto Soccorso con codice prioritá 4 (verde) visitati entro 120 minuti (indicatore Bersaglio C.16.3 NA)		>=65%
3.2	10.6	Mantenimento/ Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	NO	D			% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore		>=88%

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
			Totale pesi: 100						

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		prima visita urologica		>=90% B e D
D.3.3	2.3	RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi chirurgici monitorati prioritari A, B, C e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		riparazione ernia inguinale; colecistectomia laparoscopica		>=90% A,B,C e D
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	15		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	6.3	Redigere un PDTA di antibioticoterapia in Rianimazione con approccio stewardship	SI	D	10		PDTA redatto e almeno un intervento di antimicrobial stewardship realizzato		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
<p>Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024</p>									
12.1		Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	15		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 il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	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		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita oculistica		>=90% B e D
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	20		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	15		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLS-D 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

**Responsabile:
dott. Stefano Pensiero**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI D	10			- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	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.		
	16.5	Incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	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		
	16.12	Incremento delle Topografie Corneali e degli interventi di Cross-linking per cheratocono	SI D	10			Aumento del 10% rispetto al numero di topografie e di cross-linking effettuati nel 2023		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita ortopedica		>=90% B e D
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLS-D 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	12.8	Firma digitale sulle schede degli interventi chirurgici	SI	D	5		Regolare firma digitale sul 95% delle schede operatorie della struttura per l'anno 2024		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		- Firma sulle lettere di dimissione >=98% - Firma sui referti >=98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	15		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 il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	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		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita otorinolaringoiatrica; esame audiometrico tonale		>=90% B e D
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	15		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLS-D 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		- Firma sulle 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.		
	16.5	Incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	17.7	Aggiornamento di 5 istruzioni informative per i genitori: tonsille, adenoidi e adenotonsillectomia; otite media effusiva e drenaggi transtimpanici; sordita' e impianto cocleare; screening uditivo neonatale; la valutazione audiologica dopo lo screening uditivo	SI	D	10		5 istruzioni informative pubblicate in pdf sul sito (https://www.burlo.trieste.it/audiologia-ori)		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	6.3	Redigere un PDTA di antibiotico terapia in Rianimazione con approccio stewardship	SI	D	10		PDTA redatto e almeno un intervento di antimicrobial stewardship realizzato		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	15		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
	10.10	Rete pediatrica: area emergenza-urgenza: attuazione del modello individuato dal documento sul trasporto sanitario interospedaliero urgente del paziente pediatrico	SI	D	10		- Trasporti effettuati. - Report di sintesi dei trasporti effettuati inviato ad ARCS e DCS		

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
							Note: INDICATORE MODIFICATO: % DI OPERATORI FORMATI AL TRASPORTO >= 50%		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	14.2	Inserimento pazienti ricoverati in terapia intensiva nel network nazionale delle terapie intensive pediatriche (tipnet)	SI	D	5		pazienti inseriti		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	15		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.		
	16.4	Compilare diagnosi e procedure al momento del trasferimento	SI	D	10		Inserimento su ADT del dettaglio del ricovero		>=90% dei pazienti trasferiti
3.4.f	14.1	Confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	NO	D			percentuale dei dati analizzati da COP		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	15		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLS-D 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
1.13.b.	10.3	Assicurare un adeguato case mix tra prime visite e visite di controllo e restanti prestazioni	SI	D	10		% di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche o di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo) sul totale delle prestazioni erogate		<35%

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI D	10			- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	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.		
	16.5	Incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI D	20			>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	16.11	Incrementare il numero di prestazioni di prevenzione (sigillature, ablazione tartaro) di almeno il 10% rispetto al 2023.	SI D	5			prestazioni incrementate		
	17.5	Redigere un'informativa per le famiglie in tema di prevenzione delle patologie orali e mantenimento della salute del cavo orale.	SI D	5			documento prodotto		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
1.11.b.	3.2	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Incentivare la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	SI	D	5		Individuare ed inviare al servizio di neuropsichiatria i nominativi di almeno il 50% dei nati prematuri di peso < 1500g e/o di eta' gestazionale < 32 settimane		
1.11.a	3.3	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Promozione e sostegno all'allattamento	SI	D	5		- Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali) >=80%; - Percentuale di donne che allattano al seno alla dimissione dopo il parto >=80%. Note: INDICATORE RIMODULATO: - Percentuale di operatori DEDICATI formati (report dei referenti aziendali) >=80%; - Percentuale di donne che allattano al seno alla dimissione dopo il parto >=80%		>= 80%; >=80%
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	20		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	15		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
<p>Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024</p>									
	9.1	Continuare con gli Incontri della durata di 90 minuti dal titolo "Il Burlo conosce le Famiglie". Tali incontri, tenuti dai Neonatologi del nostro Istituto, si svolgeranno nel numero di 1-2 al mese su piattaforma online lifesize ed avranno lo scopo di illustrare alle famiglie in attesa di avere un bimbo/a residenti nel territorio di Trieste le procedure, i consensi necessari ed il percorso del ricovero perinatale di un nuovo nato/a presso il nostro Istituto.	SI	D	10		Numero degli incontri "Il Burlo conosce le Famiglie" al di sopra di 18/anno		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	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 il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	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' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		prima visita ginecologica; ecografia ginecologica		>=90% B e D
D.3.2	2.2	RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi chirurgici oncologici Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		tumore dell'utero	92,75%	>=90%
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLS D 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024									
3.3	10.8	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti.	SI	D	5		- indicatore Bersaglio H18C Lea core: Cesarei primari per strutture con 1.000 parti e oltre (<=25%) - indicatore Bersaglio C7.3: percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita (<20%); - indicatore Bersaglio C7.6:percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita (<7,5%);		<25%; <20%; <7,5%
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		- Firma sulle 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 incrementare il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delleprestazioni ambulatoriali per esternirispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	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' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	17.3	Miglioramento dell'assistenza alle pazienti che si sottopongono a chirurgia ginecologica maggiore. Redazione di libretto informativo cartaceo e online completo delle informazioni, indicazioni e FAQ relative a: -Alle principali patologie che vengono trattate -Al percorso pre-operatorio -Alla preparazione all'intervento -Alla degenza in ospedale -Al periodo di recupero post-operatorio -Al follow-up post-dimissione	SI	D	10		libretto prodotto		
A.1.1.f	3.1	Assicurare la tempestivita' nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	NO	D			Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	94,4% (gennaio-giugno 23)	>=90%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		prima visita ginecologica		>=90% B e D
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - tolto l'indicatore relativo alla Rete Cure Sicure in quanto la struttura non e' stata coinvolta peso rimodulato, da 20 a 10, per modifica indicatore		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLS-D 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	D	15		1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura 3 Ottemperare a quanto richiesto dalla visita di ispezione del CNT, se programmata		1 entro 31/5/2024; 2,3,4 entro 31/12/2024
Note: peso rimodulato, da 10 a 15, per modifica obv 3.4									
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
	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 il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI	D	10		>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2023, disponibileal seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	17.4	Miglioramento dell'assistenza alle pazienti che si sottopongono alle procedure di Procreazione Medicalmente Assistita omologa ed eterologa. Redazione di libretto informativo cartaceo e online completo delle informazioni, indicazioni e FAQrelative ai percorsi diagnostici e terapeutici e follow-up	SI	D	15		evidenza documentale		
Note: peso rimodulato, da 10 a 15, per modifica obv 3.4									

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

Responsabile:
 prof.ssa Tamara Stampalija

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	15		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma Rete Cure Sicure		
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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	15		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
10.37		Creazione e revisione PDTA	SI	D	10		Revisione di tutti i PDTA e creazione di almeno 3 nuovi PDTA.		
12.1		Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

**Responsabile:
 prof.ssa Tamara Stampalija**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
15.1		Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		- Firma sulle 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 il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI	D	15		>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2023, disponibile al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	20		- Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma Rete Cure Sicure		
	3.8	Migliorare la qualita' delle cure definendo i percorsi gestionali e di trattamento delle infezioni peripartum in area ostetrica	SI	D	10		Predisposizione n.1 PDTA/evento formativo inerente le "Gestione delle Infezioni peripartum in area ostetrico-dipartimentale		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
12.1		Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	10		- Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50% - Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A >=50% ; modulo B >=25%		
15.1		Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		- Firma sulle lettere di dimissione >=98% - Firma sui referti >=98%		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	15		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 il tariffato o i volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per esteri rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	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		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
2.4		Garantire i tempi di refertazione delle prestazioni	SI	D	10		Definire la modalita' per la misurazione ed il monitoraggio dei tempi di refertazione delle prestazioni di genetica - documento inviato alla Direzione Sanitaria		
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	5		-Redigere un piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - EFFETTUARE IL CENSIMENTO DELLE NON CONFORMITA'RELATIVE ALLE RICHIESTE RICEVUTE IN UN MESE(REPORT DI SINTESI)		
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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali		1,2,3 entro 31/5/2024; 4 entro 31/12/2024
							Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTO 3 ENTRO IL 31/12/2024		

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
8.2		Mantenere le certificazioni	SI D 10				1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024
10.38		Valutazione statistica dei dati di attivita' degli ultimi tre anni al fine di definire percorsi di appropriatezza dei test genetici richiesti dai colleghi dell'IRCCS	SI D 10				evidenza documentale		
12.1		Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI D 5				Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50%		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI D 15				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 il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI D 20				>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2023, disponibile al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
D.3.1	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		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
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	5		-Redigereun piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - EFFETTUARE IL CENSIMENTO DELLE NON CONFORMITA'RELATIVE ALLE RICHIESTE RICEVUTE IN UN MESE(REPORT DI SINTESI)		
	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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
	8.1	Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	10		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Garantire la conformita' sui corsi BLSD 5 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali		1,2,3,4 entro 31/5/2024; 5 entro 31/12/2024
Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTI 3 E 4 ENTRO IL 31/12/2024									
	8.2	Mantenere le certificazioni	SI	D	10		1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura 3 Mantenere il sistema di qualita' ai sensi del D. Lgs. 101/2020		1 entro 31/5/2024; 2, 3 entro 31/12/2024
3.2	10.7	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	SI	D	10		% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (indicatore Bersaglio C.16.10)	14,11%	<10% (valore 2022)
	10.33	Monitoraggio e segnalazione delle inapproprietezze prescrittive in termini di priorit� relative a richieste di esami ecografici e RM pervenute tramite CUP Esaminare un campione di 20 prescrizioni settimanali (15 ecografie, 5 RM) e segnalare al preposto Ufficio fino a un massimo di 5 prescrizioni inappropriate per i provvedimenti del caso. Il documento di riferimento per la valutazione dell'appropriatezza e' il manuale RAO AGENAS nell'edizione del 2020	SI	D	10		Produzione di un elenco delle prestazioni segnalate e una breve relazione riassuntiva		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	5		Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50%		

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	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 dalla SSD Programmazione e controllo.		
16.3		Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI D	10			>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2023, disponibile al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	5		-Redigereun piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - EFFETTUARE IL CENSIMENTO DELLE NON CONFORMITA'RELATIVE ALLE RICHIESTE RICEVUTE IN UN MESE(REPORT DI SINTESI)		
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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	15		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTO 3 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3 entro 31/5/2024; 4 entro 31/12/2024
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	D	15		1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024

Obiettivi di attivita' 2024

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2023	Soglia
10.36		Riorganizzazione e razionalizzazione degli esami di farmacologia clinica, in particolare di immunosoppressori, secondo documenti condivisi con i clinici	SI	D	10		Riduzione dei costi collegati alle analisi di farmacologia per classe di farmaci		
12.1		Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D	5		Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50%		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	15		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 il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI	D	20		>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2023, disponibile al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
6.1	3.4	Rischio clinico: Programma regionale Cure Sicure	SI	D	10		-Redigereun piano di miglioramento - Realizzare, per quanto di competenza, tramite il link professional della struttura, gli obiettivi del Programma della Rete Cure Sicure Note: INDICATORE MODIFICATO: - REALIZZARE un piano di miglioramento - EFFETTUARE IL CENSIMENTO DELLE NON CONFORMITA'RELATIVE ALLE RICHIESTE RICEVUTE IN UN MESE(REPORT DI SINTESI) - peso rimodulato, da 5 a 10, per stralcio obv 12.1		
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 quadriennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
8.1		Mantenere l'accreditamento istituzionale	SI	D	15		1 Compilare l'autovalutazione relativa ai requisiti esistenti ed applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria; 2 Aggiornare la Guida dei Servizi; 3 Aggiornare procedure e PDTA con vetusta' > 3 anni 4 Compilare l'autovalutazione relativa ad eventuali nuovi requisiti applicabili e segnalazione delle criticita' alla Direzione Sanitaria, in presenza di nuovi provvedimenti regionali Note: SOGLIA MODIFICATA: PUNTO 3 ENTRO IL 31/12/2024		1,2,3 entro 31/5/2024; 4 entro 31/12/2024
8.2		Mantenere le certificazioni	SI	D	15		1 Redigere il riesame della direzione 2 Predisporre la revisione annuale del Manuale di struttura		1 entro 31/5/2024; 2 entro 31/12/2024

Obiettivi di attivita' 2024

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 2023	Soglia
10.35		Revisione e implementazione dell'offerta assistenziale per la microbiologia pediatrica sulla base delle attivita' clinico-assistenziali del Dip di Pediatria	SI	D	10		Produzione di un documento e sua diffusione dopo condivisione con i pediatri, infettivologi e direzione sanitaria		
12.1		Partecipare alla formazione collegata al PNRR	SI	D			Partecipare ai corsi sul Fascicolo Sanitario Elettronico: >=50%		
<p>Note: OBIETTIVO STRALCIATO Il corso e' stato avviato per la sola Dirigenza MEDICA</p>									
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	15		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 il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 e il 2023.	SI	D	20		>= valore piu' alto della struttura, dati disponibili nel cruscotto di chiusura del 2023, disponibile al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Totale pesi: 100