Ospedale ad alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 135 DEL 05/11/2020

OGGETTO: Rinegoziazione budget 2020 - Sostituzione del decr. N. 39/2020 dd 31/3/2020 "Assegnazione per l'anno 2020 del budget di attività e risorsa, identificazione investimenti per struttura, piano assunzioni ed integrazione al Piano triennale dei fabbisogni del personale 2020-2022"

Sottoscritto dal Direttore Generale

Dott. Stefano Dorbolò

nominato con Delibera della Giunta Regionale n.2267 del 27.12.2019

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

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

<i>Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica</i>	
IL RESPONSABILE ad interim DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i> data 23 ottobre 2020	dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 23 ottobre 2020

IL DIRETTORE GENERALE

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

Visto il proprio decreto n. 39/2020 dd. 31/03/2020 "Assegnazione per l'anno 2020 del budget di attività e risorsa, identificazione investimenti per struttura, piano assunzioni ed integrazione al Piano triennale dei fabbisogni del personale 2020-2022";

Tenuto conto dell'impatto dell'emergenza sanitaria Covid 19 sull'attività dell'Istituto, così come già espressamente previsto nel predetto decreto n. 39/2020, in particolare per quel che riguarda:

- livelli di attività di ricovero e ambulatoriale
- attività formativa prevista;

atteso altresì che con successivo provvedimento n. 99 dd. 14/08/2020 è stato adottato il Piano Attuativo Ospedaliero - PAO 2020, apportando nelle linee progettuali le modifiche richieste dalla DGR 1029/2020, relativa all'approvazione del Consolidato Preventivo 2020;

Verificato ora necessario apportare alcune variazioni agli obiettivi di struttura, recependo le integrazioni evidenziate dalla summenzionata DGR, nonché l'impatto dell'emergenza sanitaria predetta;

Considerato che, come già previsto in sede di approvazione del budget 2020, nel corso degli incontri di monitoraggio/rinegoziazione degli obiettivi 2020, avvenuti nel mese di settembre 2020, sono emerse alcune criticità e che pertanto sono state negoziate le modifiche da apportare alla programmazione annuale, fatta salva l'assenza di ulteriori mutamenti causati dall'evolversi dell'emergenza epidemiologica in atto;

Ritenuto pertanto necessario procedere alla riformulazione dei predetti obiettivi, nei nuovi termini così come evidenziati in carattere maiuscolo nelle schede allegate e facenti parte integrante del presente provvedimento (ALL.2), già comunicati all'ARCS e alla Regione in sede di predisposizione del rendiconto infrannuale al 31/7, formalmente adottato con proprio decreto n. 100 dd 14/08/2020 e sono stati pertanto recepiti anche nei singoli obiettivi assegnati alle strutture;

Considerato che, così come previsto nell'allegato 3 del sopracitato decreto 39, le matrici di responsabilità che consentono di evidenziare l'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi aziendali sono state integrate dai relativi Responsabili attraverso l'indicazione del personale assunto e/o trasferito nel corso dell'anno e vengono allegate al presente provvedimento, sostituendo pertanto l'allegato 4 del decreto n.39/2020;

Verificato altresì che i livelli di attività per la valutazione degli obiettivi 16.1 e 16.3 sono stati riparametrati relativamente all'attività dell'ultimo trimestre 2020, attraverso il confronto con il valore migliore ottenuto dall'attività nell'ultimo trimestre 2018 o 2019 e sono dettagliatamente esposti nell'Allegato 6 facente parte integrante del presente provvedimento, che sostituisce pertanto integralmente l'allegato 6 del decreto n.39/2020;

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

Considerato infine che si ritiene opportuno disporre di un unico documento organico, contenente il ciclo della gestione del budget 2020 dell'IRCCS Burlo Garofolo;

Atteso conseguentemente di includere al presente provvedimento gli allegati 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, che rimangono invariati rispetto al summenzionato decreto n. 39/2020;

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, sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile, i pareri favorevoli dei Responsabili delle competenti Strutture e Uffici;

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

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di procedere alle modifiche della programmazione aziendale sulla base di quanto disposto dalla DGR n.1029 dd 10/7/2020, relativa al Consolidato regionale 2020 e di quanto emerso dal monitoraggio infrannuale 31/7 (decreto n. 100 dd 14/08/2020), oltre che sulla base dell'impatto dell'emergenza sanitaria Covid 19 - così come già espressamente previsto nel proprio decreto n. 39 dd 31/03/2020 relativo all'assegnazione del budget per l'anno 2020 -, in particolare per quel che riguarda:
 - livelli di attività di ricovero e ambulatoriale
 - attività formativa prevista;
2. di procedere alla riformulazione dei predetti obiettivi, così come evidenziati in carattere maiuscolo nelle schede allegate e facenti parte integrante del presente provvedimento (ALL. 2);
3. di riadottare formalmente le matrici di responsabilità che consentono di evidenziare l'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi aziendali, integrate con il personale assunto e/o trasferito nel corso dell'anno (ALL. 4);
4. di formalizzare i livelli di attività per la valutazione degli obiettivi 16.1 e 16.3, riparametrati relativamente all'attività dell'ultimo trimestre 2020, attraverso il confronto con il valore migliore ottenuto dall'attività nell'ultimo trimestre 2018 o 2019 e dettagliatamente esposti nell'allegato 6, facente parte integrante del presente provvedimento, che sostituisce pertanto integralmente l'allegato 6 del decreto n.39/2020;
5. di includere al presente provvedimento gli allegati 1, 3, 5, 7, 8, 9 e 10 del decreto n. 39/2020, che rimangono invariati e finalizzati ad una divulgazione organica dei contenuti al personale dell'Istituto e agli Organismi coinvolti nei processi di valutazione, attraverso un unico documento contenente il ciclo della gestione del budget 2020 dell'IRCCS Burlo Garofolo;
6. 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 AD INTERIM	IL DIRETTORE SANITARIO
dott.ssa Serena Sincovich <i>atto firmato digitalmente</i> data 29 ottobre 2020 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 2 del 02.01.2020	prof. Paolo Gasparini <i>atto firmato digitalmente</i> data 05 novembre 2020 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 92 del 31.07.2020	dott.ssa Paola Toscani <i>atto firmato digitalmente</i> data 05 novembre 2020 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2020

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

ELENCO ALLEGATI:
<ol style="list-style-type: none">1. Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'esercizio 20202. Rinegoziazione obiettivi 20203. Modalità e criteri di redazione della matrice di responsabilità4. Matrici di responsabilità anno 2020 - integrazione con personale assunto/trasferito nel corso del 20205. Assegnazione del Budget di risorsa anno 20206. Rinegoziazione obiettivo di attività anno 20207. Obiettivo tempi d'attesa8. Referenti linee progettuali PAO 20209. Investimenti anno 202010. Piano assunzioni ed integrazione al Piano triennale dei fabbisogni del personale 2020 - 2022 .-

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: 05/11/2020 15:49:47

IMPRONTA: 4AA62A43254A0AF9A389893537C0B6FAF7EDB6993050FD23EBDFB0434CC6CF67
F7EDB6993050FD23EBDFB0434CC6CF6732868B65FDB5EC0399CD464980953329
32868B65FDB5EC0399CD4649809533290FBF2314D9CEE2B4874ECF5D43BE6F85
0FBF2314D9CEE2B4874ECF5D43BE6F859FD0F044665A6F8D6DE677668C7DBC26

Allegato 1

Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'anno 2020

ELENCO CENTRI di ATTIVITA' PER L'ANNO 2020

Dipartimento Struttura

Direzione Generale

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

Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Direzione Sanitaria

S.S.D. FARMACIA
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITA'
DIR. SAN. UFF. PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CUP
PIATTAFORMA OSTETRICA
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA EMERGENZA-URGENZA
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA DEGENZA E AMBULATORIALE
PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento di Pediatria

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

Dipartimento di Chirurgia

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

Dipartimento Materno – Neonatale e delle Terapie Intensive

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

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

ELENCO CENTRI di RISORSA PER L'ANNO 2020

Dipartimento

Struttura

Direzione Generale

UFFICIO FORMAZIONE

Direzione Sanitaria

DIREZIONE SANITARIA

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

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

Allegato 2

Rinegoziazione obiettivi 2020

Indice

Allegato 2: Rinegoziazione obiettivi 2020

pag.

Direzione Generale

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)	1
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3
UFFICIO FORMAZIONE	6
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA)	9

Dipartimento della Gestione Tecnico-Administrativa

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	11
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA	13
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	16
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	20
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	23
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE TECNICO AMMINISTRATIVA	26

Direzione Sanitaria

S.S.D. FARMACIA	29
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	36
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	40
DIR. SAN. UFF. PER LA GEST. E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITA'	45
DIR. SAN. UFF. PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	49
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	53
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANIT. E CUP	55
PIATTAFORMA OSTETRICA	59
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA EMERGENZA-URGENZA	65
PIATTAFORMA INFERMIERISTA DEGENZA E AMBULATORIALE	70
PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO	75

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA	79
-----------------------	----

Dipartimento di Pediatria

S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA	83
S.C. ONCOEMATOLOGIA	88
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	93
S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	97

Dipartimento di Chirurgia

S.C. OCULISTICA	102
S.S.D ODONTOSTOMATOLOGIA	106
S.C. CHIRURGIA	111
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	115
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	119

Dipartimento Materno - Neonatale e delle Terapie Intensive

S.C. NEONATOLOGIA	123
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	127
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	131
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	136
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	140
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	145

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZ.	150
S.C. GENETICA MEDICA	154
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA	158
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZ.	162
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	166

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Generale

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

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	C		10	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	C		10	Coordinare le indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione le SC/SSD).		
3.3.12	8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012).	SI	C		10	- Effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione con URP)		evidenza documentale.
10.43		Scuola in ospedale.	SI	C		10	- Realizzazione di progettualita' a sostegno della lettura - Promozione delle attivita' della Scuola in Ospedale		relazione sull'attivita' svolta
10.47		Carta dei Servizi	SI	C		20	- Redazione e approvazione della nuova Carta dei servizi - Redazione e approvazione della carta dei servizi specifica per l'assistenza in eta' pediatrica e adolescenziale, secondo le modalita' previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.		evidenza documentale
10.48		Risposta ai reclami entro 30 giorni	SI	C		10	Risposta ai reclami entro 30 giorni per almeno 80% dei casi.		si

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Generale

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

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	C		10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.14		Mantenere sito aziendale.	SI	C		10	Aggiungere contenuti/strutture/progetti di carattere sanitario e comunicazione con l'utenza.		si.
15.15		Attivare la comunicazione tramite il social facebook	SI	C		10	- Approvazione della policy aziendale sulla comunicazione istituzionale -Attivare il prosufileo facebook dell'IRCCS e garantire la comunicazione coerente con la politica aziendale		evidenza documentale.
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI	E	10	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	15	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	C		5	Garantire le attivita' previste per la struttura rispetto ai requisiti applicabili inviati dall'Ufficio Qualita'.		
	10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI	E	15	15	- controllo ed invio dei flussi ministeriali entro le scadenze previste - verifica, se richiesta con ARCS dei dati inviati - analisi degli indicatori previsti nel Nuovo Sistema di Garanzia, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (Programma Nazionale Esiti)."		
	10.38	Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca e favorire un approccio multidisciplinare tra i professionisti in un sistema a reti integrate.	SI	D	15		- Invio alla Direzione strategica di un documento contenente l'assetto strutturale del Burlo multicentrico entro il 30/4/2020 . - Predisposizione di un documento contenente l'analisi dei processi da avviare per la costituzione del Burlo multicentrico, come da indicazioni e tempistica della Direzione strategica.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	10	10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.4.9	14.7	Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM) Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni	SI	C		10	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese. Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti) Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%). Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate Modalita' di valutazione: - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto - Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto - Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: si/no		
	14.9	Recepire le integrazioni ai modelli ministeriali CE e LA approvate con DM del 3/5/2019.	SI	C		10	Evidenza della predisposizione del nuovo modello LA entro le scadenze previste.		si.
	16.4	Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata.	SI	E	20	10	- Documentazione a supporto per la revisione della valorizzazione di alcune prestazioni complesse (ad es risonanza fetale) - evidenza documentale		evidenza documentale.
	16.6	Migliorare la valorizzazione economica dell'attivita' e della produzione dell'IRCCS	SI	E	20	10	- Istituzione di un tavolo di lavoro con la DCS -Proposta per l'applicazione della valorizzazione dell'attivita' di ricovero ex CSR del 18/10/2018 inviata alla DCS entro il 30.09.2020 NUOVO INDICATORE: -PROPOSTA PER L'APPLICAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO EX CSR DEL 18/10/2018 INVIATA ALLA DIREZIONE STRATEFICA ENTRO IL 30.09.2020		evidenza documentale.

Totale pesi: 100 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI	C		10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro scadenze previste.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	C		10	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	C		10	Garantire le attivita' previste per la struttura rispetto ai requisiti applicabili inviati dall'Ufficio Qualita'.		evidenza documentale
5.2	10.37	1. Aderire ai requisiti previsti dai vigenti regolamenti regionali in tema di Accreditamento dei provider 2. Realizzare i corsi assegnati al provider IRCBG in relazione a quanto previsto dal PFR 3. Utilizzare il nuovo applicativo di reportistica per la redazione della relazione annuale del provider	SI	C		5	1. In caso di visita di accreditamento dei provider, adesione ai requisiti previsti dai vigenti regolamenti, ossia messa a regime delle eventuali NC riscontrate 2. Per i corsi previsti nel PFR e attivati, la rendicontazione avviene con cadenza trimestrale e annuale 3. La relazione annuale del Provider e' elaborata utilizzando il nuovo applicativo di reportistica, se disponibile		si.
3.6.5	11.2	Gravidanze a basso rischio : Corso di formazione ostetriche.	SI	C		10	1. Realizzare entro il 30/9/2020 i programmi formativi rivolti alle ostetriche che seguono le gravidanze a basso rischio.		1. si.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.6.5	11.3	Simulazione avanzata per la gestione delle emergenze ostetriche: realizzare corsi di formazione per promuovere e migliorare la qualita' della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nelle sale parto regionali. Rendere uniformi competenze tecniche e qualificazione professionale del team dei punti nascita di I e II livello in FVG nella gestione delle emergenze ostetriche.	SI	C		10	1. entro il 30/9/2020 vengono realizzate almeno 2 edizioni del primo modulo del corso di formazione; 2. entro il 31/12/2020 vengono realizzate almeno 2 edizioni del secondo modulo del corso di formazione. NUOVO INDICATORE: 1. ENTRO IL 31.12.2020 VENGONO REALIZZATE 2 EDIZIONI DEL PRIMO MODULO DEL CORSO DI FORMAZIONE; 2. ENTRO IL 2021 VENGONO REALIZZATE 2 EDIZIONI DEL SECONDO MODULO DEL CORSO DI FORMAZIONE.		1. - 2. edizioni realizzate.
3.6.5	11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre-termine.	SI	C		10	Realizzare entro il 31/12/2020 almeno due edizioni del corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre-termine.		si.
3.6.5	11.5	Corso di formazione dedicato ai professionisti coinvolti nelle attivita' di screening e diagnosi prenatale.	SI	C		5	Realizzare entro il 31/12/2020 almeno un evento formativo dedicato ai professionisti coinvolti nelle attivita' di screening e diagnosi prenatale.		si.
4.2.3	11.6	Fascicolo sanitario elettronico. FSE operatore: formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento.	SI	C		5	Realizzare formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento FSE operatore.		report.
5.2	11.7	Utilizzo del nuovo applicativo gestionale regionale della formazione secondo le tempistiche dettate dalla DCS.	SI	C		5	Utilizzo del nuovo gestionale della formazione nei tempi e secondo le modalita' definite dalla Regione.		si.
5.2	11.8	Programmazione della formazione. 1. Aderire ai documenti regio.li per la predisposizione del Piano Annuale della formazione. 2. Garantire la trasmissione del Piano Annuale della Formazione (PAF) entro il 30 marzo 2020.	SI	C		10	1. La predisposizione del PAF e' conforme alle indicazioni contenute nei documenti regionali. 2. La trasmissione alla DCS del PAF elaborato e decretato avviene entro il 31 marzo 2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
5.2	15.13	Avvio a regime della FAD regionale. 1. Accreditamento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL 2. Utilizzo a regime della funzione "iscrizioni on line" 3. Individuazione delle figure di riferimento per il gruppo di lavoro dedicato allo sviluppo della FAD.	SI	C	5		1. All'avvio della piattaforma regionale integrata con il nuovo gestionale della formazione, e' accreditato almeno 1 evento FAD entro il 31/12/2020 2.Supporto all'utilizzo della funzione "iscrizione online" per almeno 5 eventi RES entro il 31.12.2020 in relazione all'uso del nuovo gestionale della formazione 3. Individuazione su richiesta della DCS delle figure specifiche (1 progettista e/o 1 tecnico informatico) per il gruppo di lavoro dell'ARCS		1-2-3 si.
	16.3	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C	5		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0, OVVERO ENTRO 15 GG DALLA SCADENZA PREVISTA DALLA NORMATIVA Contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' , effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	3.20	Procedura operativa "Uso di D.P.I. nella prevenzione dell'esposizione a rischio biologico degli Operatori Sanitari"	SI	E	10	10	redigere la Procedura operativa "Uso di D.P.I. nella prevenzione dell'esposizione a rischio biologico degli Operatori Sanitari"		evidenza documentale entro 30/6/2020
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro scadenze previste.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	10	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	E	10	10	1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali, da allineare ai pianidi miglioramento delDVR aziendale. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professinai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita.		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.2.8	10.6	Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia" - (Progettualita' che non risente della revisione organizzativa/normativa in atto)	SI	E	10	10	Continua la partecipazione del nostro Istituto attraverso il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale al progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia" - (Progettualita' che non risente della revisione organizzativa/normativa in atto).		evidenza documentale.
	12.4	Implementare i DUVRI relativi agli appalti dell'IRCCS	SI	E	20	20	- Supporto alla verificadei contenuti dei DUVRIaggiornatida SC Ingegneria clinica e SC Gestione Tecnica per gli appalti in essere.		
	12.5	Implementare i DVR aziendali	SI	E	30	30	- Piano di lavoro per l'aggiornamento del DVR entro le scadenze concordate con la Direzione Strategica. - Adeguamento del rischio biologico per tutte le strutture, riferito per gruppo omogeneo ed attivita'		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.7.1	2.8	Applicare le linee di indirizzo regionali che la Regione provvedera' a diffondere nel corso del 2020, nel Regolamento aziendale sulla libera professione.	SI	E	15	15	Applicazione delle linee di indirizzo regionali nella bozza di Regolamento aziendale sulla libera professione, entro 2 mesi dall'approvazione delle linee regionali		evidenza documentale.
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI	E	25	25	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente. 3. Garantire la rendicontazione del PTPCT secondo le scadenze previste		entro scadenze previste.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	15	15	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	E	5	5	Garantire le attivita' previste per la struttura rispetto ai requisiti applicabili inviati dall'Ufficio Qualita'.		
	10.38	Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca e favorire un approccio multidisciplinare tra i professionisti in un sistema a reti integrate.	SI	E	5	5	- Invio alla Direzione strategica di un documento contenente l'assetto strutturale del Burlo multicentrico entro il 30/4/2020 . - Predisposizione di un documento contenente l'analisi dei processi da avviare per la costituzione del Burlo multicentrico, come da indicazioni e tempistica della Direzione strategica.		evidenza documentale.
	10.44	Ottimizzazione dell'attivita' di reperimento di risorse a sostegno dell'attivita' istituzionale. Revisione del Regolamento per la disciplina delle sponsorizzazioni	SI	E	15	15	Elaborazione della bozza di revisione del Regolamento entro il 31.08.2020		evidenza documentale entro il 31.08.2020

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	10	10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
16.3		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0, OVVERO ENTRO 15 GG DALLA SCADENZA PREVISTA DALLA NORMATIVA Contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' , effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.7.1	2.8	Applicare le linee di indirizzo regionali che la Regione provvedera' a diffondere nel corso del 2020, nel Regolamento aziendale sulla libera professione.	SI	E	5	5	Applicazione delle linee di indirizzo regionali nella bozza di Regolamento aziendale sulla libera professione, entro 2 mesi dall'approvazione delle linee regionali		evidenza documentale.
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro scadenze previste.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	10	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	E	5	5	Garantire le attivita' previste per la struttura rispetto ai requisiti applicabili inviati dall'Ufficio Qualita'.		
	10.38	Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca e favorire un approccio multidisciplinare tra i professionisti in un sistema a reti integrate.	SI	E	15	15	- Invio alla Direzione strategica di un documento contenente l'assetto strutturale del Burlo multicentrico entro il 30/4/2020 . - Predisposizione di un documento contenente l'analisi dei processi da avviare per la costituzione del Burlo multicentrico, come da indicazioni e tempistica della Direzione strategica.		evidenza documentale.
	10.39	Studio di fattibilita' al fine di procedere alla razionalizzazione e rimodulazione degli spazi per ottimizzare e potenziare le attivita' cliniche e della ricerca, trovando soluzioni interne strutturali ed esterne.	SI	E	15	15	Documento redatto ed inviato entro il 30/4/2020		documento redatto ed inviato entro il 30/4/2020

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	10	10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
14.8		Verificare semestralmente la contabilita' separata della ricerca corrente e finalizzata ed allinearla alla rendicontazione da inviare al Ministero e agli enti finanziatori.	SI	E	15	15	Scritture di allineamento della contabilita' separata come da evidenze trasmesse dalla Direzione Scientifica.		si.
16.3		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 scadenzario ai CDR. Pagamento nei termini di legge dei documenti verificati.		si.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI E	10	10		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro scadenze previste.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI E	10	10		1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI E	10	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accREDITamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accREDITamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
10.46		Avvio degli atti propedeutici all'esternalizzazione del servizio di centralino e affidamento del servizio a seguito di gara	SI E	10	10		- Individuazione operatore economico entro il 15/05. NUOVO INDICATORE: - INDIVIDUAZIONE OPERATORE ECONOMICO ENTRO IL 30/05. A SEGUITO DI MOTIVATE RICHIESTE E DOPO CHIARIMENTI A QUESITI TECNICI, CHE DENOTANO LA PECULIARE COMPLESSITA' DEL SERVIZIO ESTERNALIZZATO E NEL CONTEMPO L'INTERESSE SUSCITATO NEI CONFRONTI DI OPERATORI ECONOMICI DEL SETTORE, SI E' RITENUTO CONGRUO CONCEDERE ULTERIORI GIORNI DI PROROGA SUL TERMINE DI SCADENZA DELLE OFFERTE. (DA CON DIVIDERE CON DG,DA)		
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI E	10	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);	1. =100% e 2. >=25%	

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
	12.4	Implementare i DUVRI relativi agli appalti dell'IRCCS	SI E	10	10		- Ricognizione dei DUVRI esistenti entro 30/4/2020 - Aggiornamento dei contenuti dei DUVRI in collaborazione con SPPA per gli appalti in essere.		
	15.3	TELE-REFERTAZIONE: Sviluppo e operativita' del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.	SI E	5	5		Entro il 30/6/2020, previa attivazione da parte di Insiel di una piattaforma dedicata e secondo il cronoprogramma definito da Insiel, viene implementata l'operativita' del sistema di tele-consulto per second opinion in radiologia pediatrica	evidenza documentale.	
4.3	15.9	Censimento dei sistemi informatici dell'Istituto da integrare con gli asset regionali.	SI E	5	5		Predisporre un documento secondo le linee guida regionali.	evidenza documentale.	
4.4	15.10	- Censire tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilita' e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi. - Censire tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze. - Indicare delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.).	SI E	10	10		1. Censire tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilita' e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.Elenco apparecchiature entro il 31.5.2020. 2. Censire tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.Elenco apparecchiature entro il 31.5.2020. 3.Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.).Elenco apparecchiature entro il 31.12.2020.	1.e 2. entro 31.5.2020;3. entro 31.12.2020;	
4.5	15.11	Privacy in sanita'. - Censire le carenze rispetto al GDPR e ABSC - Individuare altri ambiti con criticita' (es. prodotti sw)	SI E	5	5		1. Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC. Predisporre un documento entro il 31.5.2020. 2. Individuazione altri ambiti con criticita' (es. prodotti sw). Predisporre un documento.	1.entro31.05.2020; 2.entro 31.12.2020.	

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
4.6	15.12	Sistema PACS. 1. Proseguire l'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS; 2. Effettuare la revisione delle modalita' di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR.	SI E	10	10		1. Blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e avviare la conservazione legale diretta dal livello aziendale. 2. Adeguare le modalita' di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali al nuovo assetto istituzionale entro dicembre 2020.		1. e 2. si.
	16.3	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI E	5	5		-INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0, OVVERO ENTRO 15 GG DALLA SCADENZA PREVISTA DALLA NORMATIVA - Rivedere la procedura relativa al Magrep in collaborazione con i responsabili delle Piattaforme -Contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' , effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.8	Applicare le linee di indirizzo regionali che la Regione provvedera' a diffondere nel corso del 2020, nel Regolamento aziendale sulla libera professione.	SI	E	10	5	Applicazione delle linee di indirizzo regionali nella bozza di Regolamento aziendale sulla libera professione, entro 2 mesi dall'approvazione delle linee regionali		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI	C		15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro scadenze previste.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	5	10	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	C		5	Garantire le attivita' previste per la struttura rispetto ai requisiti applicabili inviati dall'Ufficio Qualita'.		
	10.38	Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca e favorire un approccio multidisciplinare tra i professionisti in un sistema a reti integrate.	SI	E	15	10	- Invio alla Direzione strategica di un documento contenente l'assetto strutturale del Burlo multicentrico entro il 30/4/2020 . - Predisposizione di un documento contenente l'analisi dei processi da avviare per la costituzione del Burlo multicentrico, come da indicazioni e tempistica della Direzione strategica.		evidenza documentale.
	11.9	Aggiornare il regolamento sull'orario della dirigenza	SI	E	15	15	Bozza di regolamento presentata alla Direzione strategica entro 30/9, con proposta di soluzione per ore pregresse		entro 30/9

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
11.10		Aggiornare il regolamento aziendale sul telelavoro e sul lavoro agile	SI	E	10	10	Bozza di regolamento presentata alla Direzione Strategica entro il 31/12/2020		entro il 31/12/2020
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	10	10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso, medio, alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
12.7		Applicazione del CCNL della dirigenza medica e sanitaria	SI	E	20	10	- Entro il 30/4 predisporre un cronoprogramma sulle tempistiche di applicazione dei diversi istituti contrattuali - Entro il 30/6 applicazione della parte economica - Predisposizione del regolamento sugli incarichi entro 4 mesi dall'approvazione dell'atto aziendale		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
16.3		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C		10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0, OVVERO ENTRO 15 GG DALLA SCADENZA PREVISTA DALLA NORMATIVA Contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' , effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
16.8		Monitorare il costo del personale secondo le indicazioni le disposizioni legislative vigenti	SI	D		15	Invio alla Direzione Strategica del cruscotto di monitoraggio del costo del personale entro il 10 del mese successivo		evidenza documentale.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro scadenze previste.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	10	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	E	15	15	1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita.		evidenza documentale.
	10.39	Studio di fattibilita' al fine di procedere alla razionalizzazione e rimodulazione degli spazi per ottimizzare e potenziare le attivita' cliniche e della ricerca, trovando soluzioni interne strutturali ed esterne.	SI	E	30	30	-Documento redatto ed inviato entro il 30/4/2020 -Progetti esecutivi predisposti, come da documento programmatico di fattibilita'		documento redatto.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	10.45	Adeguamento del sistema di videosorveglianza	SI	E	10	10	- Posa in opera delle telecamere di videosorveglianza nei locali dell'ecografia ostetrica e della gravidanza a rischio. - Analisi di ulteriori necessita' e predisposizione del piano di implementazione		evidenza documentale.
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	5	5	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
	12.4	Implementare i DUVRI relativi agli appalti dell'IRCCS	SI	E	10	10	- Ricognizione dei DUVRI esistenti entro 30/4/2020 - Aggiornamento dei contenuti dei DUVRI in collaborazione con SPPA per gli appalti in essere.		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
16.3		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0, OVVERO ENTRO 15 GG DALLA SCADENZA PREVISTA DALLA NORMATIVA Contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' , effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
7.2		Attivita' di referenza per la comunicazione istituzionale dell'IRCCS	SI	E	10	15	Supporto alle attivita' di comunicazione istituzionale ai fini del coordinamento e controllo finale dei contenuti veicolati attraverso i comunicati e conferenze stampa, sito internet, social net - Relazione entro il 31.12		
10.38		Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca e favorire un approccio multidisciplinare tra i professionisti in un sistema a reti integrate.	SI	E	20	20	- Invio alla Direzione strategica di un documento contenente l'assetto strutturale del Burlo multicentrico entro il 30/4/2020 . - Predisposizione di un documento contenente l'analisi dei processi da avviare per la costituzione del Burlo multicentrico, come da indicazioni e tempistica della Direzione strategica.		evidenza documentale.
10.39		Studio di fattibilita' al fine di procedere alla razionalizzazione e rimodulazione degli spazi per ottimizzare e potenziare le attivita' cliniche e della ricerca, trovando soluzioni interne strutturali ed esterne.	SI	D	20	25	Documento redatto ed inviato entro il 30/4/2020		documento redatto ed inviato entro il 30/4/2020
3.1.1	10.40	Adozione del nuovo atto aziendale in analogia alle modalita' stabilite dall'art. 12 comma 6 della LR 27/2018.	SI	E	30	30	Presentazione della documentazione ai fini della trasmissione del documento entro il 31.5.2020 Redazione del provvedimento finale entro il 30.6.2020. Adozione del nuovo atto aziendale in analogia alle modalita' stabilite dall'art. 12 comma 6 della LR 27/2018. NUOVO INDICATORE: ADOZIONE DEL NUOVO ATTO AZIENDALE IN ANALOGIA ALLE MODALITA' STABILITE DALL'ART. 12 COMMA 6 DELLA LR 27/2018 IN SEGUITO E SECONDO LE TEMPISTICHE DELLA DGR DI RECEPIMENTO DELLE FUNZIONI.		adozione entro le scadenze.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	10	10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=20%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=80%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
12.3		OBIETTIVO STRALCIATO Costituzione del Servizio Ispettivo dell'IRCCS	SI	E	0	0	STRALCIATO -Analisi della normativa nazionale vigente, disciplinante la costituzione, le funzioni e le competenze dell'organismo. -Redazione del testo in bozza del decreto di costituzione e del regolamento di funzionamento entro il 30/9/202		
12.8		Monitoraggio degli adempimenti di direzione per l'anno 2020	SI	D	10		Predisposizione e aggiornamento continuo del monitoraggio degli adempimenti di direzione per l'anno 2020		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	SI	D	10		Aggiornare la procedura "Profilissi antibiotica in chirurgia".		
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	=2019 +/-10%	
3.1.6	6.1	Utilizzo di terapie con farmaci innovativi e CAR-T. OBIETTIVO STRALCIATO.	SI	D			-individuazione di un referente (nota scritta entro 31/06/2020) -regia per individuazione delle aziende e dei farmaci (ipotesi entro 31/12) -analisi dei costi (entro 31/12/2020) -stesura procedura per gestione approvvigionamento farmaci per terapia genica (presenza bozza procedura di utilizzo entro 31/12). OBIETTIVO STRALCIATO E SOSTITUITO DALL'OBV 6.9.		evidenza documentale.
3.4.2	6.3	Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni piu' significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2020 (in particolare per oncologici, immunologici, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	SI	D	10		Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/08/2020 e 28/02/2021) da cui si evincano: - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa nell'ambito dell'oncologia, delle malattie rare e neuropsichiatria; - Azioni intraprese per le categorie principali Modalita' di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 50%). NUOVO INDICATORE: INVIO ALLA DCS DI DUE RELAZIONI SEMESTRALI (ENTRO 31.10.2020 E 28.02.2020) DA CUI SI EVINCANO: - 3 OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE U.O. AZIENDALI RELATIVI A SETTING SPECIALISTICI AD ALTO IMPATTO DI SPESA NELL'AMBITO DELL'ONCOLOGIA, DELLE MALATTIE RARE E NEUROPSICHIATRIA; - AZIONI INTRAPRESE PER LE CATEGORIE PRINCIPALI.		Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 50%).

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.4.5	6.5	Indicatori per categorie di medicinali in cui e' disponibile l'alternativa biosimile.	SI	D	10		- Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2020 e 28/02/2021) descrittive delle attivita' svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera (diretta, DPC). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno le relazioni - ARCS invia alle Aziende un quadro riepilogativo strutturato degli Accordi quadro in essere di aggiudicazione per i farmaci biologici/biosimilari e ne da' evidenza alla DCS Modalita' di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.08.20 ed entro il 28.02.21: si'/no secondo schema DCS. NUOVO INDICATORE: - INVIO ALLA DCS DI DUE RELAZIONI SEMESTALI (ENTRO 31.10.2020 E 28.02.2021) DESCRITTIVE DELLE ATTIVITA' SVOLTE, DEI PERCORSI ATTIVATI CON I PRESCRITTORI E DELLE RICADUTE PER IL SSR, SPECIFICAMENTE PER GLI AMBITI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (DIRETTA, DPC). I DATI DI SPESA E DI CONSUMO, RILEVATI SECONDO LO SCHEMA PREDISPOSTO DALLA DCS, INTEGRERANNO LE RELAZIONI - ARCS INVIA ALLE AZIENDE UN QUADRO RIEPILOGATIVO STRUTTURATO DEGLI ACCORDI QUADRO IN ESSERE DI AGGIUDICAZIONE PER I FARMACI/BIOLOGICI BIOSIMILARI E NE DA' EVIDENZA ALLA DCS. MODALITA' DI VALUTAZIONE:RELAZIONI INVIAE ENTRO IL 31.10.,2020 E 28.02.2021: SI'/NO SECONDO SCHEMA DCS.		relazioni inviate.
3.4.6	6.6	Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	SI	D	5		Invio di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attivita' svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.20 ed entro il 28.02.21. NUOVO INDICATORE: INVIO DI DUE REPORT SEMESTRALI (COME DA SCHEMA DELLA DCS) SULL'ATTIVITA' SVOLTA NELL'AMBITO DELLA DPC E DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA ENTRO IL 31.10.2020 ED ENTRO IL 28.02.2020.		report inviato.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.4.10	6.7	Assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attivita' organizzate secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV. Garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione come stabilito dalla Convenzione in essere, nell'ambito della progettualita' avviata nel 2018 (farmacisti ospedale/territorio).	SI	D	5		Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed invio della relazione della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche della convenzione in essere.		si.
3.1.6	6.9	DEFINIZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA CAR-T. SOSTITUISCE L'OBV 6.8 STRALCIATO.	SI	D	10		- individuazione di un referente (nota scritta entro 30.06.2020) - contributo per individuazione delle aziende e dei farmaci applicabili in ambito oncematologico pediatrico (ipotesi entro 31/12) - contributo ad analisi dei costi (entro 31.12.2020) - produrre lo studio di fattibilita' entro il 31.12.2020 - definire con trasfusionale procedure per aferesi.		evidenza documentale.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	5		1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
	8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ACCREDIA ISO 15189	SI	D			-individuazione di un referente (nota scritta entro 31/06/2020) -mappatura strumentazione reattivi non marcati CE (entro 30/06/2020) -partecipazione audit interni (rapporto audit entro 31/12/20) -stesura manuale (bozza manuale entro 31/12/2020) -stesura procedure (secondo piano Uff Q, entro 31/12) -stesura piano di convalida e convalida processi secondo il piano (piano entro 31/12) -stesura piano VEQ e report (piano VEQ entro 31/12, firma sui report per accettazione) -revisione valutazione dei rischi di processo (entro 31/12) OBIETTIVO DA STRALCIARE		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
8.12		Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione AIFA per la sperimentazione di FASE 1	SI	D	10		-individuazione di un referente (nota scritta entro 30/06/2020) -collaborazione per individuazione percorso e locali (ipotesi entro 31/12) -nomina figure dell'organigramma (atto di nomina entro 30/01) -partecipazione ad audit interni (report audit, 31/12) -stesura procedure (presenza bozza procedure secondo piano Uff Q, report entro 31/12) NUOVO INDICATORE: - INDIVIDUAZIONE DI UN REFERENTE (NOTA SCRITTA ENTRO 30/06/2020) - COLLABORAZIONE PER INDIVIDUAZIONE PERCORSO E LOCALI (IPOTESI ENTRO 31/12) - NOMINA FIGURE DELL'ORGANIGRAMMA (ATTO DI NOMINA ENTRO 30/01)		
3.4.7	10.28	Armonizzare e diffondere a tutti gli operatori sanitari il regolamento che definisce principi e comportamenti da adottare nei rapporti con rappresentanti/informatori di aziende farmaceutiche o assimilate (es. dispositivi medici) verificandone l'applicazione.	SI	D	5		Applicazione del regolamento entro il 31.12.2020 da parte di tutte le strutture aziendali Invio alla DCS delle evidenze entro il 28/02/2021.		evidenza documentale trasmessa in DCS.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.4.9	14.5	Registri Aifa e recupero rimborsi. iPer la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovra' essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilita' definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovra' sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	SI	D	5		- Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalita' definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi in fase di avvio. - Evidenza dei percorsi aziendali per la gestione delle criticita' in tutti gli Enti del SSR: - Riscontro agli approfondimenti/ricieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati Partecipazione agli incontri organizzati dalla DCS o dall'AIFA in tema registri. NUOVO INDICATORE: - PER I MEDICINALI SOGGETTI AL REGISTRO AIFA ASSICURARE LA REGISTRAZIONE DI TUTTI I DATI RICHIESTI (ANCHE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI MEDICINALI INNOVATIVI), NEL RISPETTO DELLE INDICAZIONI AUTORIZZATE E DEI CRITERI DI ELEGGIBILITA' DEFINITI DALL'AIFA. - ASSICURARE L'INVIO DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO SECONDO LE MODALITA' DEFINITE DA AIFA PER TUTTI I FARMACI CON ACCORDO MEA, ANCHE ATTRAVERSO LA NUOVA PIATTAFORMA GESTIONE RIMBORSI IN FASE DI AVVIO. MODALITA' DI VALUTAZIONE: EVIDENZA DEI PERCORSI AZIENDALI PER LA GESTIONE DELLE CRITICITA' IN TUTTI GLI ENTI DEL SSR: SI/NO; RISCONTRO AGLI APPROFONDIMENTI/RICHIESTE DI VERIFICA RELATIVE AI REGISTRI AIFA/PROCEDURE DI RIMBORSO INViate NEI TERMINI INDICATI:SI/NO PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI ORGANIZZATI DALLA DCS O DALL'AIFA IN TEMA DI REGISTRI:SI/NO. .		si/no.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

**Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.4.9	14.7	Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM) Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni	SI	D	5		Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese. Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti) Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%). Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate Modalita' di valutazione: - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto - Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto - Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: si/no		si.
3.4.9	15.4	Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico. Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovra' essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS Le Aziende avvieranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende	SI	D	5		- % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico >= 90% La DCS inviera' periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione. Modalita' di valutazione: Target rilevati dalla DCS - % >= 90%: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 75%: obiettivo non raggiunto		modalità di valutazione DCS.

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	E	10	10	Promuovere i progetti di ricerca delle piattaforme e sostenerli attraverso i laboratori di cura		
	5.1	Organizzare in collaborazione con ASUGI le attivita' di diagnostica collegate all'emergenza Covid 19	SI	E	10	10	- Relazione sull'attivita' svolta contenente il dettaglio delle azioni intraprese e dei maggiori turni effettuati. - Avvio delle attivita' di analisi dei tamponi presso l'IRCCS		
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	E	10	10	- Stesura di protocolli e procedure per il Manuale operatore - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF		si.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	E	10	10	1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita.		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.4	10.2	Salute mentale. Prendere in carico e cura i disturbi psichiatrici in eta' evolutiva.	SI	E	10	10	Partecipazione, per quanto di competenza, alla definizione di un percorso interaziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in eta' evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Eta' Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)		
3.3.7	10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico.	SI	E	10	10	1. Coinvolgere e coordinare tutte le Aziende che partecipano alle attivita' previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016; 2. garantire supporto, supervisione clinica e consulenza all'attivita' di assistenza domiciliare per tutto il territorio regionale; 3. attivare il coordinamento regionale delle Associazioni di volontariato che si adoperano per i bambini affetti da patologie con bisogni complessi (oncologici e non) e per il supporto alle loro famiglie; 4. entro il 31.12.2020, in qualita' di Centro specialistico di riferimento, rendicontare alla DCS le suddette attivita'. 5. Entro il 31/12/2020, nell'ambito dei lavori della Rete, viene predisposto e condiviso un documento relativo ai criteri di eleggibilita' per la presa in carico del paziente pediatrico.		evidenza documentale.
	10.23	Collaborazione alla definizione del nuovo assetto logistico del PS e dei relativi percorsi	SI	E	5	5	Documentazione inviata entro le scadenze richieste		
	10.38	Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca e favorire un approccio multidisciplinare tra i professionisti in un sistema a reti integrate.	SI	E	5	5	- Invio alla Direzione strategica di un documento contenente l'assetto strutturale del Burlo multicentrico entro il 30/4/2020 . - Predisposizione di un documento contenente l'analisi dei processi da avviare per la costituzione del Burlo multicentrico, come da indicazioni e tempistica della Direzione strategica.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
10.39		Studio di fattibilita' al fine di procedere alla razionalizzazione e rimodulazione degli spazi per ottimizzare e potenziare le attivita' cliniche e della ricerca, trovando soluzioni interne strutturali ed esterne.	SI	E	10	10	Documento redatto ed inviato entro il 30/4/2020		documentto redatto
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	10	5	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.8	15.5	Percorso nascita.	SI	E	10	10	1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica. 2. Adesione alla sperimentazione della scheda informatizzata entro il 31.12.2020, in caso di indicazione dalla DCS 3. Collaborazione e supporto ad Insiel per l'implementazione del flusso di dati sanitari e amministrativi nell'ambito dei percorsi nascita tra ospedali e territorio 4. Valutazione di impatto del trattamento dei dati per gli ambiti di pertinenza.		
16.3		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C		5	- Collaborare alla revisione della procedura relativa agli acquisti effettuati con il magazzino MAGREP - Motivare eventuali pendenze relativi ad ordini non evasi, alla luce della reportistica redatta dalla SC Ingegneria Clinica		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.8	Applicare le linee di indirizzo regionali che la Regione provvedera' a diffondere nel corso del 2020, nel Regolamento aziendale sulla libera professione.	SI	D	10		Applicazione delle linee di indirizzo regionali nella bozza di Regolamento aziendale sulla libera professione, entro 2 mesi dall'approvazione delle linee regionali		
3.1.7	3.2	Sicurezza. Aggiornare il piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di furti nelle strutture aziendali.	SI	E	5	5	Documento aggiornato. NUOVO INDICATORE: ELABORARE LA BOZZA DEL PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEI CASI DI FURTI NELLE STRUTTURE AZIENDALI - STESURA FINALE AL 30.06.2021.		si.
3.2.8	3.3	Promozione della salute nei luoghi di lavoro. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	SI	E	5	5	Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbilli, parotite, rosolia, varicella, influenza) e' inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno del nostro istituto		si.
3.2.11	3.5	Attivare un programma di sorveglianza ambientale in ambito ospedaliero con metodologie innovative (microbioma e resistoma) e sistemi di sanificazione a base di probiotici	SI	E	5	10	Diminuzione degli eventi "alert" e dei tempi di risposta per l'identificazione dei microorganismi. NUOVO INDICATORE: DIMINUIZIONE DELLE CARICHE BATTERICHE RISPETTO AL CAMPIONAMENTO ZERO PRECEDENTE AVVIO DELLO STUDIO.		report.
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI	E	5	15	Coordinare la sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	3.9	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico.	SI	E	5	15	Coordinare la sorveglianza - comoda evidenze Ufficio Rischio Clinico		
	3.14	Monitoraggio applicazione bundle	SI	E	5	15	predisporre i report a seguito dei monitoraggi dei bundle per la prevenzione delle ICA		evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	3.15	Organizzare la formazione specifica per la prevenzione ed il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza	SI	E	5	10	pianificare il fabbisogno formativo e organizzare eventi in relazione a: - igiene delle mani - precauzioni standard - isolamento del paziente - vaccinazioni		effettuate almeno 2 edizioni dell'evento formativo
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Produrre almeno un articolo accettato NUOVO INDICATORE: PRODURRE ALMENO 1 ARTICOLO PROPOSTO ALLA DIREZIONE SCIENTIFICA PRONTO PER LA SOTTOMISSIONE.		>= 1 articolo PROPOSTO.
	8.13	Avviare i lavori per ottenere la certificazione ISO della Direzione Sanitaria	SI	E	5	10	checklist di autovalutazione compilata		evidenza documentale
4.6	9.1	Miglioramento del clima organizzativo	SI	D	5		- Partecipazione al progetto regionale di clima organizzativo - Restituzione dei risultati dell'indagine 2018, individuazione delle aree di intervento e relative azioni di miglioramento		evidenza documentale.
3.6.1	10.30	Costituire un Nucleo Funzionale (che verra' descritto dal modello regionale di riferimento previsto per febbraio 2020) che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA Predisporre un piano di miglioramento a breve- medio termine su indicatori individuati da ARCS relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella.	SI	D	5		In seguito alle indicazioni impartite da ARCS, rispettare le seguenti scadenze: Entro marzo 2020 invio ad ARCS dell'evidenza della Costituzione del Nucleo Funzionale e dei referenti Aziendali formati/formandi - Elenco indicatori fornito da Arcs alle aziende entro marzo 2020 - Predisposizione con indicazione dei tempi di implementazione da parte delle aziende di un Piano di miglioramento entro il 30.06.2020		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.6.3	10.33	Controlli di appropriatezza.	SI	D	10		1) Invio alla DCS dei seguenti report: - controlli sull'attivita' del 1. semestre: entro il mese di agosto del 2020 - controlli sull'attivita' del 2. semestre: entro il mese di marzo del 2021 2) Evidenza all'interno del piano dei controlli e alla DCS dell'appropriatezza del setting assistenziale nel caso di polisonnografia e infusione di tranquillante portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio)obiettivo valido sia per l'eta' adulta che pediatrica. NUOVO INDICATORE: ENTRO IL 31.12.2020 ESEGUIRE I CONTROLLI INTERNI SECONDO LE INDICAZIONI DELLA DGR 182/18. REVISIONE DEL "NUCLEO DI CONTROLLO" DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DELL'ISTITUTO.		evidenza documentale.
3.6.9	10.36	Coordinare e supportare le attivita' dei participant al gruppo di lavoro di Rete HPH.	SI	D	5		Partecipare ai gruppi di lavoro di Rete HPH nei 3 programmi dedicati.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	5	10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
12.2		Supervisionare e coordinare le linee di gestione 2020,garantendo i monitoraggi delle linee dipropria pertinenza	SI	D	10		Trasmissione alla SSD Programmazione e Controllo dei monitoraggi periodici da trasmettere alla DCS		evidenza documentale
16.3		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	D	5	5	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0, OVVERO ENTRO 15 GG DALLA SCADENZA PREVISTA DALLA NORMATIVA Contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' , effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.2.6	3.11	Continuare nell'attivita' di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici.	SI	D	5		-Divulgazione di materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici.		evidenza documentale.
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Produrre almeno un articolo accettato		>= 1 articolo accettato
3.1.6	6.1	Utilizzo di terapie con farmaci innovativi e CAR-T. OBIETTIVO STRALCIATO.	SI	D			-individuazione di un referente (nota scritta entro 31/06/2020) -contributo per stesura procedura per uso farmaci per terapia genica in conformita' a standard Jacie (presenza bozza procedura di utilizzo entro 31/12) -collaborazione alla stesura consenso per uso di terapia genica (bozza consenso entro 31/12/2020) OBIETTIVO STRALCIATO E SOSTITUITO DALL'OBV 6.9.		evidenza documentale.
3.1.6	6.9	DEFINIZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA CAR-T. SOSTITUISCE L'OBV 6.8 STRALCIATO.	SI	D	15		- individuazione di un referente (nota scritta entro 30.06.2020) - contributo per individuazione delle aziende e dei farmaci applicabili in ambito oncoematologico pediatrico (ipotesi entro 31/12) - contributo ad analisi dei costi (entro 31.12.2020) - produrre lo studio di fattibilita' entro il 31.12.2020 - definire con trasfusionale procedure per aferesi.		evidenza documentale.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	25	- Coordinare le attivita' di mantenimento ed estensione della certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015. - Implementazione azioni preventive e correttive a seguito dei rilievi effettuati da ente di sorveglianza, audit interni e registro delle non conformita'		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	E	10	30	- Coordinare le attivita' di mantenimento ed rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori e aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011). - Sopralluoghi alle unita' cliniche per conformita' requisiti autorizzativi e di accreditamento		evidenza documentale.
3.3.12	8.4	Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici.	SI	E	10		Coordinare le attivita' di mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici.		evidenza documentale.
3.3.12	8.5	Mantenere la certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Fisiopatologia della Riproduzione e PMA per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe.	SI	D	5		Coordinare le attivita' di mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Fisiopatologia della Riproduzione e PMA per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe.		evidenza documentale.
3.3.12	8.6	Mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento della branca Medicina trasfusionale (DGR 2528/2011)	SI	D	5		Mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento relativo ai soli impianti e strutture messi a disposizione del personale ASUGI per le attivita' di pertinenza del Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di manipolazione e crioconservazione di cellule staminali ematopoietiche in convenzione.		evidenza documentale.
3.3.12	8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012).	SI	D	5		1. Coordinare le attivita' di mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012); 2. Creare dei prototipi delle cartelle cartacee revisionate ed inviate alla SC Ingegneria Clinica; 3. Continuare la collaborazione con l'Insiel e DCS sulla ideazione e sperimentazione della cartella clinica informatizzata regionale per la gestione della gravidanza a basso rischio.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ACCREDIA ISO 15189	SI	E	10	35	-individuazione di un referente (nota scritta entro 31/06/2020) -mappatura strumentazione reattivi non marcati CE (entro 30/06/2020) -regia audit interni (programma di audit entro 31/12/20) -stesura manuale (bozza manuale entro 31/12/2020) -piano di stesura procedure (entro 31/12) -supporto per stesura piano convalide -supporto per valutazione rischi di processo (format entro 30/06/2020;supporto entro 31/12/2020)		evidenza documentale.
	8.13	Avviare i lavori per ottenere la certificazione ISO della Direzione Sanitaria	SI	E	5	5	Fornire il supporto necessario alla Direzione Sanitaria per il raggiungimento della certificazione ISO		evidenza documentale
3.6.4	10.20	Cellule staminali ematopoietiche: istituzione trapianto CSE congiunto e formalizzazione presso Autorita' nazionali competenti (CNT-GITMO).	SI	D	10		Costituzione di un tavolo interazionale per la definizione di un programma congiunto. Conclusione del percorso entro 31/5/2020. NUOVO INDICATORE: PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DI UN TAVOLO PER LA DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA CONGIUNTO ENTRO IL 30.06.2020. PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' DEL TAVOLO STESSO.		evidenza documentale.
3.6.4	10.35	STRALCIATO - Trapianto e donazione. Avvio del programma di procurement di organi.	SI	D	0		STRALCIATO - Coordinare l'attivita' di supporto del Centro regionale trapianti nel percorso di avvio del programma di procurement presso l'Istituto.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	C		5	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
3.3.8	15.5	Percorso nascita.	SI	D		5	1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica. 2. Adesione alla sperimentazione della scheda informatizzata entro il 31.12.2020, in caso di indicazione dalla DCS 3. Collaborazione e supporto ad Insiel per l'implementazione del flusso di dati sanitari e amministrativi nell'ambito dei percorsi nascita tra ospedali e territorio 4. Valutazione di impatto del trattamento dei dati per gli ambiti di pertinenza.		evidenza documentale
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
8.3 rischio clinico	3.13	Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMONET)	SI	D	10		effettuare almeno il 50% delle richieste trasfusionali utilizzando l'applicativo Emonet Web. NUOVO INDICATORE: SUPPORTARE LE STRUTTURE INTERESSATE NELL'AVVIO/UTILIZZO DEL'APPLICATIVO EMONET WEB.		evidenza documentale.
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	E	5	5	Produrre almeno un articolo accettato		>= 1 articolo accettato
	5.2	Applicare il protocollo per la gestione della violenza sui minori	SI	E	5	15	- Aggiornamento/ revisione del protocollo - Evidenza dell'attivita' svolta in collaborazione con ASUGI e con il Comune di Trieste		
	8.13	Avviare i lavori per ottenere la certificazione ISO della Direzione Sanitaria	SI	E	10	10	checklist di autovalutazione compilata		evidenza documentale
3.2.5	10.5	Screening neonatali. Coordinare e monitorare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio	SI	E	10	10	- Report di monitoraggio delle procedure adottate e delle attivita' effettuate inviato alla DCS.		si.
3.3.8	10.12	Analisi di approfondimento delle gravidanze in eta' precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialita' precoce.	SI	E	5	10	- Definire un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per le gravidanze in eta' precoce. - Definire un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per i neonati esposti		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.5.4	10.29	Assicurare la Valutazione Integrata dei minori presi in carico e migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata.	SI	E	10	10	- Per ogni minore per cui si prevede l'accoglienza in struttura viene effettuato almeno un incontro di valutazione integrata ospedale-territorio - Per ogni minore accolto in struttura collaborazione alla predisposizione del progetto personalizzato per la presa in carico integrata ospedale-territorio con formulazione del PAI o suo equivalente.		evidenza documentale.
3.6.3	10.33	Controlli di appropriatezza.	SI	D	10		1) Invio alla DCS dei seguenti report: - controlli sull'attivita' del 1. semestre: entro il mese di agosto del 2020 - controlli sull'attivita' del 2. semestre: entro il mese di marzo del 2021 2) Evidenza all'interno del piano dei controlli e alla DCS dell'appropriatezza del setting assistenziale nel caso di polisonnografia e infusione di tranquillante portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio)obiettivo valido sia per l'eta' adulta che pediatrica NUOVO INDICATORE: ENTRO IL 31.12.2020 ESEGUIRE I CONTROLLI INTERNI SECONDO LE INDICAZIONI DELLA DGR 182/18. REVISIONE DEL "NUCLEO DI CONTROLLO" DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DELL'ISTITUTO.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI E	5	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
	12.2	Supervisionare e coordinare le linee di gestione 2020,garantendo i monitoraggi delle linee di propria pertinenza	SI E	10	10		Trasmissione alla SSD Programmazione e Controllo dei monitoraggi periodici da trasmettere alla DCS		evidenza documentale
3.3.1	13.5	Piano della cronicita'.	SI E	5	5		Partecipazione ai lavori qualora richiesto.		evidenza documentale.
	13.6	Fase di transizione dai servizi dell'eta' pediatrica a quelli dell'adulto	SI E	10	10		1. Censimento dei documenti esistenti 2. Predisposizione di 1 nuovo PDTA specifici 3. Sviluppare un protocollo per la gestione della transizione all'eta' adulta		evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

**Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.2	17.1	Assistenza protesica	SI E	5	5		Partecipazione ai lavori qualora richiesto.		evidenza documentale.
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	2.9	Rischio clinico: implementazione delle raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella	SI	E	20	20	1 E' stata effettuata la survey AGENAS sul monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella 2 La procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori (Raccomandazione n. 8) e' stata aggiornata secondo le indicazioni del tavolo regionale		
3.1.7	3.1	Sicurezza. Aggiornare il piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di violenza contro gli operatori sanitari.	SI	E	5	5	Documento aggiornato secondo le indicazioni del tavolo regionale RM.		si
3.1.7	3.1	Sicurezza. Aggiornare il piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di violenza contro gli operatori sanitari.	SI	E	5	5	NUOVA ASSEGNAZIONE: Documento aggiornato secondo le indicazioni del tavolo regionale RM.		
	3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	SI	E	5	10	Aggiornare la procedura "Profilissi antibiotica in chirurgia".		
	3.10	Rischio clinico: sicurezza del percorso chirurgico	SI	E	10	10	Elaborazione di almeno 2 procedure relative agli obiettivi per la sicurezza in sala operatoria		evidenza documentale.
	3.16	Rischio clinico: Adattamento delle figure professionali coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG in relazione al nuovo assetto istituzionale.	SI	E	10	10	1. Ridefinizione dei componenti della Rete Cure Sicure dell'IRCCS nel nuovo atto aziendale. 2. Comunicazione alla DCS dei nuovi componenti individuati.		
	3.17	Rischio clinico: consolidare il sistema di incident reporting	SI	E	15	15	1. Organizzazione di almeno 2 eventi formativi sul rischio clinico che includano il corretto utilizzo della scheda di incident reporting 2 Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > 6) 3 Report annuale sulle segnalazioni ricevute e sulle azioni di miglioramento intraprese		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.19		Rischio clinico: effettuare il monitoraggio semestrale degli indicatori	SI	E	20	15	Documentazione trasmessa alla DCS		
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	10	10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

**Responsabile:
p.o. Barbara Fari**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.3	Mantenere il monitoraggio dei tempi d'attesa regionali e nazionali, valutando le prestazioni soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019. 2. Oltre alle prestazioni di cui alla DGR 1815/2019, saranno oggetto di monitoraggio le seguenti prestazioni di interesse regionale: - trattamento intravitale delle malattie vetriniche tramite agende informatizzate - visita algologica	SI	C		15	- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019. - Oltre alle prestazioni di cui alla DGR 1815/2019, saranno oggetto di monitoraggio le seguenti prestazioni di interesse regionale: - trattamento intravitale delle malattie vetriniche tramite agende informatizzate - visita algologica		prestazioni monitorate.
3.7.1	2.5	1. Organizzare progressivamente le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia sono progressivamente organizzate in modo da consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta; -Informatizzare e rendere disponibile al sistema CUP regionale tutte le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (ad eccezione delle visite oncologiche pediatriche che non hanno tempi di attesa e che vengono accettate in tempo reale direttamente dal reparto e oncologiche ginecologiche che richiedono un "triage" e che vengono prenotate direttamente dall'ambulatorio) e di libera professione intramoenia .	SI	C		10	- implementazione mensile di un cruscotto relativo al monitoraggio dei tempi d'attesa ed eventuale verifica sul percorso di prenotazione - verifica della reportistica regionale dei monitoraggi dei tempi d'attesa		si.
3.7.1	2.6	Programmi attuativi aziendali: aggiornare il Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa.	SI	C		10	Aggiornare il Piano Attuativo Aziendale sui tempi d'attesa entro 60 gg dall'approvazione del Piano Regionale. NUOVO INDICATORE: AGGIORNARE IL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE SUI TEMPI D'ATTESA ENTRO 60 GG DALL'APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE, SE MODIFICATO.		si

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

Responsabile:
p.o. Barbara Fari

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.7	Garantire il rispetto tra attivita' libero professionale di cui al CCNNLL e le priorit� fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalita' organizzativa necessaria allo scopo.	SI	C		10	Viene garantito il rispetto del rapporto tra attivita' istituzionale e attivita' libero professionale a livello di ogni singola SC/SSD. NUOVO INDICATORE: EVIDENZA DI MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEL RAPPORTO TRA ATTIVITA' ISTITUZIONALE E ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE A LIVELLO DI OGNI SINGOLA SC/SSA, TRAMITE TRASMISSIONE AL DIRETTORE SANITARIO DELLA REPORTISTICA E DELLE PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO.		si.
3.7.1	2.8	Applicare le linee di indirizzo regionali che la Regione provvedera' a diffondere nel corso del 2020, nel Regolamento aziendale sulla libera professione.	SI	C		10	Applicazione delle linee di indirizzo regionali nella bozza di Regolamento aziendale sulla libera professione, entro 2 mesi dall'approvazione delle linee regionali		si.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	C		10	1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.
3.3.6	10.10	Terapia del dolore: rispettare i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi per ogni classe di priorit�, attivare l'agenda specifica e promuovere l'ambulatorio del dolore e le relative attivita' sul sito istituzionale.	SI	C		5	2. viene attivata l'agenda specifica.		agenda attivata.
3.3.11	10.13	Odontoiatria pubblica.	SI	C		10	5. invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

Responsabile:
 p.o. Barbara Fari

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.6.3	10.33	Controlli di appropriatezza.	SI	C		10	1) Invio alla DCS dei seguenti report: - controlli sull'attivita' del 1. semestre: entro il mese di agosto del 2020 - controlli sull'attivita' del 2. semestre: entro il mese di marzo del 2021 2) Evidenza all'interno del piano dei controlli e alla DCS dell'appropriatezza del setting assistenziale nel caso di polisonnografia e infusione di tranquillante portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio)obiettivo valido sia per l'eta' adulta che pediatrica NUOVO INDICATORE: ENTRO IL 31.12.2020 ESEGUIRE I CONTROLLI INTERNI SECONDO LE INDICAZIONI DELLA DGR 182/18. REVISIONE DEL "NUCLEO DI CONTROLLO" DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DELL'ISTITUTO.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

Responsabile:
 p.o. Barbara Fari

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	C		10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
 p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	3.6	Proseguire nella divulgazione del codice internazionale dei sostituti del latte materno rivolti al personale dell'IRCCS	SI	C	10		Evidenza degli incontri effettuati		
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	C	10		Mantenere o attivare almeno un progetto di ricerca corrente per piattaforma		
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	C	10		- Stesura di protocolli e procedure per il Manuale operatore - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF	si.	
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	C	10		1. Individuare il referente di piattaforma per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza: 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).	evidenza documentale.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

**Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.5	Mantenere la certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Fisiopatologia della Riproduzione e PMA per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe.	SI	C	10		Per quanto di competenza: 1. Evidenza di collaborazione all'allestimento della documentazione clinica ed istituzionale, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 705/2007) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015); 2. Evidenza di supporto alla rendicontazione del ciclo delle competenze ostetriche; 3. Evidenza di elaborazione di un cruscotto di indicatori per la redazione dei riesami; 4. Evidenza della fornitura degli standard per l'allestimento della sala criogenica nel blocco operatorio; eventuale audit in caso di inizio lavori per la verifica conformita' ai requisiti richiesti. 5. Evidenza di redazione e formalizzazione di check list di verifica per il percorso PMA eterologa ed omologa; 6. Evidenza di formazione sul campo e supporto per l'implementazione della check list	evidenza documentale.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
 p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012).	SI	C	10		Per quanto di competenza: -Collaborare alla revisione della cartella clinica ambulatoriale, della cartella clinica di ricovero in anestesia e rianimazione, della cartella clinica per i ricoveri ginecologici e ostetrici; - Collaborare per la implementazione e collaudo della cartella informatizzata regionale per la gestione della gravidanza a basso rischio; - Compilazione, da parte delle strutture SC Clinica Ostetrico ginecologica (area ostetricia), SC Neonatologia e TIN, Sala Parto, SC Anestesia e Rianimazione della check list integrata relativa agli standard e requisiti regionali e nazionali applicabili ai percorsi nascita, inclusi quelli di autorizzazione e accreditamento; in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Effettuare la revisione degli organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di 3 anni di vita - Effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione con URP).		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
 p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.6.1	10.19	Aderire al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne. NUOVO OBIETTIVO : ADERIRE AL PROGRAMMA DI FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) PER OPERATORI SANITARI DEI PRONTO SOCCORSO ATTRAVERSO LA PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE DELLE AZIENDE SANITARIE E DEI PRONTO SOCCORSO, COINVOLTI IN PERCORSI E INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE.	SI	C	5		1. Almeno il 20% degli operatori socio-sanitari del Pronto Soccorso pediatrico e dell'Accettazione ostetrico-ginecologica, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne, partecipa al Programma di Formazione a distanza (FAD) 2. Promozione sul sito istituzionale di tutte le attivita' atte a contrastare la violenza alle donne (focus, formazione, slider, etc.) NUOVO INDICATORE: 1. ALMENO IN 20% DEGLI OPERATORI SANITARI DEL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO E DELL'ACCETTAZIONE OSTETRICO-GINECOLOGICA, COINVOLTI IN PERCORSI E INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE, PARTECIPA AL PROGRAMMA DI FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) 2. PROMOZIONE SUL SITO ISTITUZIONALE DI TUTTE LE ATTIVITA' ATTE A CONTRASTARE LA VIOLENZA ALLE DONNE (FOCUS, FORMAZIONE,SLIDER,ETC.)	1.20% - 2. si.	
3.2.12	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	C	10		85% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati. NUOVO INDICATORE: MANTENIMENTO RISPETTO AL 2019 DELLA % DI OPERATORI FORMATI PER GARANTIRE LA FORMAZIONE AGLI OPERATORI NEO ASSUNTI/NEO TRASFERITI.	MANTENIMENTO RISPETTO IL 2019.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
 p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	C	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);	1. =100% e 2. >=25%	
3.3.8	15.5	Percorso nascita.	SI	C	15		1. Realizzare entro il 31/12 /2020 almeno 1 edizione del corso di formazione per ostetriche che seguono le gravidanze a basso rischio; 2. Adesione alla sperimentazione della scheda informatizzata entro il 31.12.2020, in caso di indicazione dalla DCS 3. Collaborazione e supporto ad Insiel per l'implementazione del flusso di dati sanitari e amministrativi nell'ambito dei percorsi nascita tra ospedali e territorio 4. Valutazione di impatto del trattamento dei dati per gli ambiti di pertinenza.	evidenza documentale.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

**Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
 p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI	C	5		Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	C	10		Mantenere o attivare almeno un progetto di ricerca corrente per piattaforma		
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	C	10		- Stesura di protocolli e procedure per il Manuale operatore - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF	si.	
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	C	15		1. Individuare il referente di piattaforma/area per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professinai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).	evidenza documentale.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
 p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI C		5		Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio per le parti di competenza.		tempistiche corrette entrata/uscita paziente = 100% - tolleranza 2%
3.3.6	10.10	Terapia del dolore: rispettare i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi per ogni classe di priorit�, attivare l'agenda specifica e promuovere l'ambulatorio del dolore e le relative attivita' sul sito istituzionale.	SI C		5		sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi per ogni classe di priorit�, in caso di richiesta appropriata.		>= 90%
3.6.1	10.18	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Mantenere/migliorare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h e la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4h.	SI C		5		1. Mantenere/ migliorare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2018 del 50,9% negli Hub e del 62,8% negli spoke - fonte Bersaglio); 2. Mantenere/migliorare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2018 del 71,9% negli Hub e 77,0% negli spoke - fonte Bersaglio).	1. 77,38% 2. 94,57%	=/+ anno 2019

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
 p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.6.1	10.19	Aderire al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne. NUOVO OBIETTIVO : ADERIRE AL PROGRAMMA DI FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) PER OPERATORI SANITARI DEI PRONTO SOCCORSO ATTRAVERSO LA PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE DELLE AZIENDE SANITARIE E DEI PRONTO SOCCORSO, COINVOLTI IN PERCORSI E INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE.	SI	C	5		1. Almeno il 20% degli operatori socio-sanitari del Pronto Soccorso pediatrico e dell'Accettazione ostetrico-ginecologica, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne, partecipa al Programma di Formazione a distanza (FAD) 2. Promozione sul sito istituzionale di tutte le attivita' atte a contrastare la violenza alle donne (focus, formazione, slider, etc.) NUOVO INDICATORE: 1. ALMENO IN 20% DEGLI OPERATORI SANITARI DEL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO E DELL'ACCETTAZIONE OSTETRICO-GINECOLOGICA, COINVOLTI IN PERCORSI E INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE, PARTECIPA AL PROGRAMMA DI FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) 2. PROMOZIONE SUL SITO ISTITUZIONALE DI TUTTE LE ATTIVITA' ATTE A CONTRASTARE LA VIOLENZA ALLE DONNE (FOCUS, FORMAZIONE,SLIDER,ETC.)		
	10.23	Collaborazione alla definizione del nuovo assetto logistico del PS e dei relativi percorsi	SI	C	10		Documentazione inviata entro le scadenze richieste		evidenza documentale
	10.24	Rivedere il percorso degli utenti della Sala Gessi	SI	C	5		Collaborazione alla revisione del percorso utenza interna ed esterna sala gessi e radiologia - evidenza documentale		
3.2.12	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	C	5		85% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati. NUOVO INDICATORE: MANTENIMENTO RISPETTO AL 2019 DELLA % DI OPERATORI FORMATI PER GARANTIRE LA FORMAZIONE AGLI OPERATORI NEO ASSUNTI/NEO TRASFERITI.		MANTENIMENTO RISPETTO IL 2019.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
 p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.6.5	11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre-termine.	SI	C	10		Evidenza di partecipazione al corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre-termine.		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	C	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso, medio, alto (>=20%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=80%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%); 2. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO ALTO (>=80%);		1.>=20 e 2. 1>=25; 2>=80%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

**Responsabile:
p.o. Silvana Schreiber**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
 p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	C		10	Mantenere o attivare almeno un progetto di ricerca corrente per piattaforma		
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	C		10	- Stesura di protocolli e procedure per il Manuale operatore - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF		si.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	C		10	1. Individuare il referente di piattaforma per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici, chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professinai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

**Responsabile:
 p.o. Andrea Cassone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.4	Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici.	SI	C		10	Per quanto di competenza: 1. Rispettare degli standard per la qualita' e sicurezza delle cellule staminali ematopoietiche (CSE), conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente (D.lgs. 191/2007 e 16/2010; Direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE), dall'Accordo Stato Regioni di cui alla DGR 2049/2019, dagli standard Jacie Fact del Manuale in settima edizione; dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 1436/2011) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015) e da eventuali ulteriori norme applicabili; 2. Fornire i documenti attestanti il mantenimento annuale delle competenze, conformemente agli standard Jacie Fact in settima edizione; 3. collaborare all'implementazione di un Programma Trapianti metropolitano transaziendale; 4. completare l'impianto documentale del Programma trapianti con i documenti mancanti e aggiornano le procedure che hanno 2 anni di vita; 5. partecipare agli eventi formativi previsti dagli standard del Manuale Jacie Fact in 7th edizione e per la gestione dei farmaci antiblastici, conformemente al proprio profilo professionale; 6. collaborare alla ristrutturazione dell'area degenze diurne, coadiuvati dalla Direzione Sanitaria, al fine di arrecare meno disagio possibile ai pazienti in carico; 7. Garantire le ore previste per la formazione specifica in materia di trapianti.		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
 p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	9.2	Rapporto con i pazienti nelle attivita' di ricovero	SI	C		10	Presentare entro il 31/12/2020 una relazione con la quale vengono illustrate le iniziative intraprese relativamente a - Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere cio' che viene eseguito sulla propria persona. - Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonche' acquisire utili informazioni per cogliere opportunita' di miglioramento dei servizi offerti (ad eccezione dei pazienti coinvolti nel progetto PROMs / PREMs).		si.
3.3.4	10.2	Salute mentale. Prendere in carico e cura i disturbi psichiatrici in eta' evolutiva.	SI	C		10	Partecipazione, per quanto di competenza, alla definizione di un percorso interaziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in eta' evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Eta' Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)		
3.3.7	10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico.	SI	C		10	1. Coinvolgere e coordinare tutte le Aziende che partecipano alle attivita' previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016; 2. garantire supporto, supervisione clinica e consulenza all'attivita' di assistenza domiciliare per tutto il territorio regionale; 3. attivare il coordinamento regionale delle Associazioni di volontariato che si adoperano per i bambini affetti da patologie con bisogni complessi (oncologici e non) e per il supporto alle loro famiglie; 4. entro il 31.12.2020, in qualita' di Centro specialistico di riferimento, rendicontare alla DCS le suddette attivita'. 5. Entro il 31/12/2020, nell'ambito dei lavori della Rete, viene predisposto e condiviso un documento relativo ai criteri di eleggibilita' per la presa in carico del paziente pediatrico.		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
 p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.11	10.13	Odontoiatria pubblica.	SI	C		10	Identificazione di un percorso facilitante l'accoglienza assistenziale e la gestione amministrativa dell'utenza che si rivolge alle cure odontostomatologiche		evidenza documentale
3.3.5	10.16	Disturbi del comportamento alimentare: 1. partecipare alla definizione di percorsi di accesso ai Centri Diurni DCA per pazienti minori distinti per area geografica regionale (ASUGI, ASUFC e ASUFO) e all'eventuale follow-up per i pazienti noti all'Istituto; 2. Operativita' dell'Osservatorio epidemiologico.	SI	E		10	1. Partecipare, per quanto di competenza, alla definizione di percorsi di accesso presso i centri diurni DCA per pazienti minori, distinti per area geografica regionale (ASUGI, ASUFC e ASUFO) e all'eventuale follow-up per i pazienti noti all'Istituto;		
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	C		10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

**Responsabile:
 p.o. Andrea Cassone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

**Responsabile:
p.o. Fulvia Vascotto**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	C		10	- Mantenere o attivare almeno un progetto di ricerca corrente per piattaforma		
	5.1	Organizzare in collaborazione con ASUGI le attivita' di diagnostica collegate all'emergenza Covid 19	SI	C		10	- Relazione sull'attivita' svolta contenente il dettaglio delle azioni intraprese e dei maggiori turni effettuati. - Avvio delle attivita' di analisi dei tamponi presso l'IRCCS		
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	C		10	- Stesura di protocolli e procedure per il Manuale operatore - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF		si.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	C		10	Per quanto di competenza: 1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

Responsabile:
 p.o. Fulvia Vascotto

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	C		20	1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinserti, secondo programmi professinai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.
	8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ACCREDIA ISO 15189	SI	C		10	-individuazione di un referente (nota scritta entro 31/06/2020) -mappatura strumentazione reattivi non marcati CE (entro 30/06/2020) -regia audit interni (programma di audit entro 31/12/20) -stesura manuale (bozza manuale entro 31/12/2020) -piano di stesura procedure (entro 31/12) -supporto per stesura piano convalide -supporto per valutazione rischi di processo (format entro 30/06/2020;supporto entro 31/12/2020)		
	10.24	Rivedere il percorso degli utenti della Sala Gessi	SI	C		5	Collaborazione alla revisione del percorso utenza interna ed esterna sala gessi e radiologia - evidenza documentale		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

Responsabile:
 p.o. Fulvia Vascotto

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	C		10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
16.3		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C		5	- Collaborare alla revisione della procedura relativa agli acquisti effettuati con il magazzino MAGREP - Motivare eventuali pendenze relativi ad ordini non evasi, alla luce della reportistica redatta dalla SC Ingegneria Clinica		
16.5		Internalizzare le prestazioni di citogenetica.	SI	C		10	Collaborazione alla predisposizione di un piano contenente l'indicazione delle prestazioni da internalizzare con relativo cronoprogramma.		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

**Responsabile:
p.o. Fulvia Vascotto**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
4.1		Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI D	5			Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
4.2		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI D	5			Produrre almeno un articolo accettato	=2019 +/-10%	
4.4		Supportare i ricercatori nella revisione e presentazione dei prodotti della ricerca al fine del miglioramento del valore di impact factor annuo.	SI C		10		Supportare i ricercatori nella revisione e presentazione dei prodotti della ricerca al fine del miglioramento del valore di impact factor annuo .		>=20 articoli e 2 progetti revisionati
4.5		Istituzione e formalizzazione Technology Transfer Office (TTO)	SI C		10		Avvio del gruppo Technology Transfer Office (TTO) entro il 31.12.2020 entro le date di scadenza ministeriali		evidenza documentale.
4.6		NUOVO OBIETTIVO COLLABORARE A PROGETTI DI RICERCA EUROPEI O AD ATTIVITA' SCIENTIFICHE SU TEMATICHE TRASVERSALI DEI GRUPPI DI RICERCA DELL'ISTITUTO.	SI D	30			NUOVO INDICATORE: COORDINAMENTO DI ALMENO UN PROGETTO EUROPEO		>=1
4.7		NUOVO OBIETTIVO COLLABORARE ALLE ATTIVITA' SCIENTIFICHE IN SINERGIA CON LA SLOVENIA	SI D	25			NUOVO INDICATORE: RESPONSABILITA' DI ALMENO UN PROGETTO INTERREG ITA-SLO		>=1

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.1.6	6.1	Utilizzo di terapie con farmaci innovativi e CAR-T. OBIETTIVO STRALCIATO.	SI	C			-individuazione di un referente (nota scritta entro 30/06/2020) -contributo per individuazione delle aziende e dei farmaci (ipotesi entro 31/12) -contributo ad analisi dei costi (entro 31/12/2020) OBIETTIVO STRALCIATO.		evidenza documentale.
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 13/2020 dd. 31.01.2010)	SI	C		10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2020 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		entro scadenze previste.
	9.3	Attivita' scientifica dell'Istituto rivolta agli stakeholders.	SI	C		10	Produrre entro il 31.12.2020 un report divulgativo dell'attivita' scientifica dell'Istituto rivolta agli stakeholders.		report entro 31.12.2020

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	C		10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=20%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=80%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
12.6		Elaborare un ulteriore documento di analisi, al fine della riconferma a carattere scientifico dell'IRCCS, richiesto a seguito della site-visit.	SI	E	10	20	Elaborare un ulteriore documento di analisi al fine della riconferma a carattere scientifico dell'IRCCS richiesta a seguito Site-Visit da presentare entro il 30/06/2020.		documentazione redatta entro il 30.6.2020
14.8		Verificare semestralmente la contabilita' separata della ricerca corrente e finalizzata ed allinearla alla rendicontazione da inviare al Ministero e agli enti finanziatori.	SI	C		10	Trasmissione semestrale alla SC Gestione Economico Finanziaria e contestuale verifica della rendicontazione da trasmettere al Ministero e agli altri enti finanziatori rispetto ai dati contabili		si

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
15.16		INSERIMENTO NUOVO OBV IN SOSTITUZIONE OBV 6.1 STRALCIATO: Riorganizzazione del sito istituzionale per la parte relativa alla ricerca e NewsLetter	SI C		10		INSERIMENTO NUOVO OBV (IN SOSTITUZIONE OBV 6.1 STRALCIATO: Organizzazione aree dedicate alla ricerca; acquisizione e valutazione dei contenuti per la Newsletter.	si	
15.17		NUOVO OBIETTIVO: DISEGNARE E PROGETTARE PIATTAFORME WEB PER SUPPORTARE LA RICERCA NELL'AMBITO DEL SARS-COV2	SI D	25			NUOVO INDICATORE: ELABORAZIONE DI PLATCOVID (STRUMENTO ON LINE PER LA REVISIONE DELLA LETTERATURA E DELLA CURA DEI DATI BIBLIORAFICI COVID19)	si'/no	
16.3		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI C		10		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0, OVVERO ENTRO 15 GG DALLA SCADENZA PREVISTA DALLA NORMATIVA Contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' , effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.	<=0	
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	20		Prestazioni ambulatoriali di visite: -Cardiologiche; -Endocrinologica; -Gastroenterologica; -Dermatologiche; -Pneumologiche -Elettrocardiogramma; -Elettrocardiogramma dinamico (Holter) - Colonscopia totale - Esofagogastroduodenoscopia - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica - Spirometria semplice - Spirometria globale -Test cardiovascolare da sforzo garantite secondo la prioritá: 1. prioritá B (10 giorni) 2. prioritá D (30 giorni/ 60 giorni strumentali) 3. prioritá P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	5		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 50% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.		1 medico formato.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici, chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinserti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.
10.7		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.7	10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico.	SI	D	20		1. Coinvolgere e coordinare tutte le Aziende che partecipano alle attivita' previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016; 2. garantire supporto, supervisione clinica e consulenza all'attivita' di assistenza domiciliare per tutto il territorio regionale; 3. attivare il coordinamento regionale delle Associazioni di volontariato che si adoperano per i bambini affetti da patologie con bisogni complessi (oncologici e non) e per il supporto alle loro famiglie; 4. entro il 31.12.2020, in qualita' di Centro specialistico di riferimento, rendicontare alla DCS le suddette attivita'. 5. Entro il 31/12/2020, nell'ambito dei lavori della Rete, viene predisposto e condiviso un documento relativo ai criteri di eleggibilita' per la presa in carico del paziente pediatrico.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 88% 2. 92%	1. 2. 98%
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2018. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2018.		euro 1.314.422

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **S.C. Oncoematologia**

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	5		Prestazioni ambulatoriali di : - visita oncologica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni/ 60 giorni strumentali) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.1.6	6.9	DEFINIZIONE DEI PERCORSI AZIENDALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA CAR-T. SOSTITUISCE L'OBV 6.8 STRALCIATO.	SI	D	10		- individuazione di un referente (nota scritta entro 30.06.2020) - contributo per individuazione delle aziende e dei farmaci applicabili in ambito oncoematologico pediatrico (ipotesi entro 31/12) - contributo ad analisi dei costi (entro 31.12.2020) - produrre lo studio di fattibilit� entro il 31.12.2020 - definire con trasfusionale procedure per aferesi.		evidenza documentale.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici, chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinserti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **S.C. Oncoematologia**

Responsabile:
 dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.4	Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici.	SI	D	10		1. Rispettare degli standard per la qualita' e sicurezza delle cellule staminali ematopoietiche (CSE), conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente (D.lgs. 191/2007 e 16/2010; Direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE), dall'Accordo Stato Regioni di cui alla DGR 2049/2019, dagli standard Jacie Fact del Manuale in settima edizione; dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 1436/2011) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015) e da eventuali ulteriori norme applicabili; 2. Fornire i documenti attestanti il mantenimento annuale delle competenze, conformemente agli standard Jacie Fact in settima edizione; 3. collaborare all'implementazione di un Programma Trapianti metropolitano transaziendale; 4. completare l'impianto documentale del Programma trapianti con i documenti mancanti e aggiornano le procedure che hanno 2 anni di vita; 5. partecipare agli eventi formativi previsti dagli standard del Manuale Jacie Fact in 7th edizione e per la gestione dei farmaci antitumorali, conformemente al proprio profilo professionale; 6. collaborare alla ristrutturazione dell'area degenze diurne, coadiuvati dalla Direzione Sanitaria, al fine di arrecare meno disagio possibile ai pazienti in carico; 7. Garantire le ore previste per la formazione specifica in materia di trapianti.		evidenza documentale.
10.7		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.6.4	10.20	Cellule staminali ematopoietiche: istituzione trapianto CSE congiunto e formalizzazione presso Autorita' nazionali competenti (CNT-GITMO).	SI	D	10		Partecipare, per quanto di competenza, alla costituzione di un tavolo interazionale per la definizione di un programma congiunto. Conclusione del percorso entro 31/5/2020. NUOVO INDICATORE: PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DI UN TAVOLO PER LA DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA CONGIUNTO ENTRO IL 30.06.2020. PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' DEL TAVOLO STESSO.		evidenza documentale.
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 97,56% 2. 98,96%	1. 2. 98%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2018. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.		euro 843.240
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di: - visita neurologica - elettromiografia semplice (EMG) garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni/ 60 giorni strumentali) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: **Pediatria**

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

Responsabile:
 dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza: 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professinai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.
3.3.4	10.2	Salute mentale. Prendere in carico e cura i disturbi psichiatrici in eta' evolutiva.	SI	D	15		Partecipazione, per quanto di competenza, alla definizione di un percorso interaziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in eta' evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Eta' Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)		evidenza documentale.
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: **Pediatria**

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

Responsabile:
 dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.5	10.16	Disturbi del comportamento alimentare: 1. partecipare alla definizione di percorsi di accesso ai Centri Diurni DCA per pazienti minori distinti per area geografica regionale (ASUGI, ASUFC e ASUFO) e all'eventuale follow-up per i pazienti noti all'Istituto; 2. Operativita' dell'Osservatorio epidemiologico.	SI	D	10		1. Partecipare, per quanto di competenza, alla definizione di percorsi di accesso presso i centri diurni DCA per pazienti minori, distinti per area geografica regionale (ASUGI, ASUFC e ASUFO) e all'eventuale follow-up per i pazienti noti all'Istituto; 2. collaborare alle attivita' dell'Osservatorio.		evidenza documentale.
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzì**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.3	13.1	Disturbi dello spettro autistico. Collaborare all'elaborazione di un percorso di cura per garantire a tutti i minori con diagnosi di disturbo dello spettro autistiche che si trovino nel 17esimo anno di vita il passaggio dai servizi diNPI a quelli dell'eta' adulta.	SI	D	10		Per tutti i minori con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico che si trovino nel 17esimo anno di vita, gli operatori dell'IRCCS collaboreranno, per quanto di competenza, all'elaborazione di un percorso di cura per garantire il passaggio dai servizi di NPI a quelli dell'eta' adulta e che possa prevedere anche un PAI vista la variabilita' sintomatologica ed i bisogni dei soggetti con questa problematica.		evidenza documentale.
	15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 94,04% 2. 97,14%	1. 2. 98%
	16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.		euro 261.297

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

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

Responsabile:
dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
	5.2	Applicare il protocollo per la gestione della violenza sui minori	SI	D	10		- Aggiornamento/ revisione del protocollo - Evidenza della partecipazione al gruppo nazionale proposto dall'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani - Evidenza dell'attivita' svolta in collaborazione con ASUGI e con il Comune di Trieste		evidenza documentale.
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	5		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.		1 medico formato.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: **Pediatria**

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

Responsabile:
 dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 3. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 4. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 5. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
3.6.1	10.18	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Mantenere/migliorare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h e la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4h.	SI	D	10		1. Mantenere/ migliorare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2018 del 50,9% negli Hub e del 62,8% negli spoke - fonte Bersaglio); 2. Mantenere/migliorare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2018 del 71,9% negli Hub e 77,0% negli spoke - fonte Bersaglio).	1. 77,38% 2. 94,57%	=/+ anno 2019

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

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

**Responsabile:
dott. Claudio Germani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.6.1	10.19	Aderire al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne. NUOVO OBIETTIVO : ADERIRE AL PROGRAMMA DI FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) PER OPERATORI SANITARI DEI PRONTO SOCCORSO ATTRAVERSO LA PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE DELLE AZIENDE SANITARIE E DEI PRONTO SOCCORSO, COINVOLTI IN PERCORSI E INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE.	SI	D	10		1. Almeno il 20% degli operatori socio-sanitari del Pronto Soccorso pediatrico e dell'Accettazione ostetrico-ginecologica, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne, partecipa al Programma di Formazione a distanza (FAD) 2. Promozione sul sito istituzionale di tutte le attivita' atte a contrastare la violenza alle donne (focus, formazione, slider, etc.) NUOVO INDICATORE: 1. ALMENO IN 20% DEGLI OPERATORI SANITARI DEL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO E DELL'ACCETTAZIONE OSTETRICO-GINECOLOGICA, COINVOLTI IN PERCORSI E INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE, PARTECIPA AL PROGRAMMA DI FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) 2. PROMOZIONE SUL SITO ISTITUZIONALE DI TUTTE LE ATTIVITA' ATTE A CONTRASTARE LA VIOLENZA ALLE DONNE (FOCUS, FORMAZIONE,SLIDER,ETC.)	1.20% - 2. si.	
	10.23	Collaborazione alla definizione del nuovo assetto logistico del PS e dei relativi percorsi	SI	D	10		Documentazione inviata entro le scadenze richieste		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

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

Responsabile:
dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=20%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=80%);NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO ALTO (>=80%);		1.>=100% e 2. >=80%
14.4		Implementare i ricoveri nei pl assegnati alla struttura secondo l'intensita' di cura	SI	D	10		- Documento contenente la proposta di ricovero per intensita' di cura presentato alla DS - Miglioramento del tasso di occupazione		1. evidenza documentale; 2. Tasso occupazione >2019
15.2		Mantenere/migliorare l'utilizzo della firma digitale nel Verbale SEI.	SI	D	10		Utilizzare la firma digitale nel verbale SEI	97,3%	98%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Pediatria

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

**Responsabile:
dott. Claudio Germani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI D	20			Prestazioni ambulatoriali di visita oculistica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI D	5			Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI D	5			Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI D	5			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI D	10			Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.		1 medico formato.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI D	10			1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza: 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).	evidenza documentale.	
3.2.5	10.5	Screening neonatali. Coordinare e monitorare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio	SI D	10			- Report di monitoraggio delle procedure adottate e delle attivita' effettuate inviato alla DCS.	si.	
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI D	5			La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.	risposta entro 10 gg. dal ricevimento.	
	10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI D	5			Corretta e completa compilazione di tutti i campi obbligatori del Registro Operatorio con particolare attenzione alla "durata intervento". (inizio e fine intervento)	tempistiche corrette/interventi = 100% - tolleranza 2%	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI D	10			1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI D	5			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 98,09% 2. 98,02%	1. 2. 98%
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI D	10			Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2018. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2018.		euro 123.613

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

**Responsabile:
dott. Stefano Pensiero**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI	D	10		Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	=2019 +/-10%	
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	10		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.		1 medico formato.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI D	10			1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza: 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).	evidenza documentale.	
10.7		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI D	5			La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.	risposta entro 10 gg. dal ricevimento.	
10.8		Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI D	5			Corretta e completa compilazione di tutti i campi obbligatori del Registro Operatorio con particolare attenzione alla "durata intervento". (inizio e fine intervento)	tempistiche corrette/interventi = 100% - tolleranza 2%	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.11	10.13	Odontoiatria pubblica.	SI	D	25		1. erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore 2. mantenere la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 e' risultata < 1; 3. raggiungere la media aziendale annua di 1400 prestazioni/riunito; 4. mantenere la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore raggiunto nel 2019 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e riduzione di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2019) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente; MODALITA' DI VALUTAZIONE: GLI INDICATORI VERRANNO CALCOLATI AL NETTO DEGLI EFFETTI CORRELATI ALL'EMERGENZA COVID COERENTEMENTE ALLE INDICAZIONI REGIONALI.	1. > 1400; 2. 1,88; 3. 1400; 4. 20%.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI D	10			1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI D	5			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 96,48% 2.100,00%	1. 2. 98%
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI D	10			Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.		euro 99.354

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

**Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	5		Prestazioni ambulatoriali di visita urologica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
3.7.1	2.2	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	D	10		Per i seguenti interventi: - biopsia del fegato; - riparazione di ernia inguinale; - neoplasia del rene le seguenti priorit� sono rispettate 1.priorit� A (30 giorni)		1. 90%
3.7		Rischio clinico: antimicrobial stewardship	SI	D	5		Aggiornare la procedura "Profilissi antibiotica in chirurgia".		evidenza documentale.
3.8		Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI	D	5		Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
3.9		Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico.	SI	D	5		Partecipazione alla sorveglianza - comeda evidenze Ufficio Rischio Clinico		
4.1		Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
4.2		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	5		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.	1 medico formato.	
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).	evidenza documentale.	
10.7		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.	risposta entro 10 gg. dal ricevimento.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI D	5			Corretta e completa compilazione di tutti i campi obbligatori del Registro Operatorio con particolare attenzione alla "durata intervento". (inizio e fine intervento)		tempistiche corrette/interventi = 100% - tolleranza 2%
3.6.1	10.14	Incontinenza urinaria: Tutte le Aziende del SSR partecipano alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui all'accordo Stato-regione n. 15/CSR del 24 gennaio 2018.	SI D	10			Predisporre con l'ARCS, il PDTA entro settembre 2020, anche relativamente all'incontinenza in eta' pediatrica (con la collaborazione del Burlo).		evidenza documentale.
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI D	10			1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso, medio, alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

**Responsabile:
dott. Jurgen Schleef**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI D	5			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 88,58% 2. 89,75%	1. 2. 98%
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI D	10			Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2018. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2018.		euro 469.955

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI D	10			Prestazioni ambulatoriali di: - visita otorinolaringoiatrica - esame audiometrico tonale garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni/ 60 giorni strumentali) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
3.7.1	2.2	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI D	10			1. Per l'intervento di tonsillectomia le seguenti priorit� sono rispettate: a.priorit� A (30 giorni)		1.>=90%
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI D	10			Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI D	5			Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI D	5			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI D	10			Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.	1 medico formato.	
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI D	10			1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza: 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professinai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).	evidenza documentale.	
10.7		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI D	5			La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.	risposta entro 10 gg. dal ricevimento.	

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
10.8		Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI D	5			Corretta e completa compilazione di tutti i campi obbligatori del Registro Operatorio con particolare attenzione alla "durata intervento". (inizio e fine intervento)		tempistiche corrette/interventi = 100% - tolleranza 2%
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI D	10			1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso, medio, alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI D	10			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 78,41% 2. 62,21%	1. 2. 98%

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI D	10			Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2018. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.	euro 406.702	

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita ortopedica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI	D	10		Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	3.9	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico.	SI	D	10		Partecipazione alla sorveglianza - comeda evidenze Ufficio Rischio Clinico		
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	=2019 +/-10%	
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	5		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.		1 medico formato.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI	D	5		Corretta e completa compilazione di tutti i campi obbligatori del Registro Operatorio con particolare attenzione alla "durata intervento". (inizio e fine intervento)		tempistiche corrette/interventi = 100% - tolleranza 2%
	10.24	Rivedere il percorso degli utenti della Sala Gessi	SI	D	10		Revisione del percorso dei controlli - evidenza documentale		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI D	10			1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI D	5			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 81,68% 2. 66,11%	1. 2. 98%
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI D	10			Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2018. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.		euro 871.696

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

**Responsabile:
dott. Marco Carbone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	=2019 +/-10%	
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	10		- Stesura di protocolli e procedure per il Manuale operatore - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF		si.
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 riveduta nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici, chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinserti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012).	SI	D	5		- Compilazione, da parte delle strutture SC Clinica Ostetrico ginecologica (area ostetrica), SC Neonatologia e TIN, Sala Parto, SC Anestesia e Rianimazione della check list integrata relativa agli standard e requisiti regionali e nazionali applicabili ai percorsi nascita, inclusi quelli di autorizzazione e accreditamento; in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Effettuare la revisione degli organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di 3 anni di vita - Effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione con URP)		evidenza documentale.
3.1.2	10.1	Percorso nascita. Proseguire e consolidare le attivita' sui percorsi nascita.	SI	D	5		L'Istituto adotta le azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite.		
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
3.3.8	10.12	Analisi di approfondimento delle gravidanze in eta' precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialita' precoce.	SI	D	5		- Definire un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per le gravidanze in eta' precoce. - Definire un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per i neonati esposti		si.
3.6.5	10.22	Patologia sindromico malformativa perinatale: redispone ed inviare alla DCS una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi della patologia sindromica perinatale	SI	D	10		Predisposizione ed invio alla DCS entro il 31/12/2020, una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi della patologia sindromica perinatale.		percorso inviato entro il 31.12.2020.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.2.12	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	5		85% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati. NUOVO INDICATORE: MANTENIMENTO RISPETTO AL 2019 DELLA % DI OPERATORI FORMATI PER GARANTIRE LA FORMAZIONE AGLI OPERATORI NEO ASSUNTI/NEO TRASFERITI.		MANTENIMENTO RISPETTO IL 2019.
3.6.5	11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre-termine.	SI	D	10		Realizzare entro il 31/12/2020 almeno due edizioni del corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre-termine.		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso, medio, alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	5		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 94,04% 2. 97,14%	1. 2. 98%
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (degenza/ambulatoriale) rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.		euro 862.143

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI	D	5		Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	3.10	Rischio clinico: sicurezza del percorso chirurgico	SI	D	10		Elaborazione di almeno 1 procedura relativa agli obiettivi per la sicurezza in sala operatoria	evidenza documentale.	
8.3 rischio clinico	3.13	Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMONET)	SI	D	5		effettuare almeno il 50% delle richieste trasfusionali utilizzando l'applicativo Emonet Web.	NUOVA SOGLIA:DA 1/12	
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.	si/no	
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	=2019 +/-10%	
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	10		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.	1 medico formato.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 3. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 4. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 5. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).	evidenza documentale.	
3.3.12	8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012).	SI	D	5		- Revisione della cartella clinica di ricovero in anestesia e rianimazione. - Compilazione, da parte delle strutture SC Clinica Ostetrico ginecologica (area ostetricia), SC Neonatologia e TIN, Sala Parto, SC Anestesia e Rianimazione della check list integrata relativa agli standard e requisiti regionali e nazionali applicabili ai percorsi nascita, inclusi quelli di autorizzazione e accreditamento; in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Effettuare la revisione degli organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di 3 anni di vita - Effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione con URP)	evidenza documentale.	
10.7		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.	risposta entro 10 gg. dal ricevimento.	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI	D	5		Corretta e completa compilazione di tutti i campi obbligatori del Registro Operatorio con particolare attenzione alla "durata intervento". (inizio e fine intervento)		tempistiche corrette/interventi = 100% - tolleranza 2%
3.3.6	10.10	Terapia del dolore: rispettare i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi per ogni classe di priorita', attivare l'agenda specifica e promuovere l'ambulatorio del dolore e le relative attivita' sul sito istituzionale.	SI	D	5		1. sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi per ogni classe di priorita', in caso di richiesta appropriata.		>= 90% DA 1/12
3.6.5	11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre-termine.	SI	D	5		Partecipare entro il 31/12/2020 almeno due edizioni del corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre-termine.		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=20%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=80%);NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO ALTO (>=80%);		1.>=100 e 2. >=80%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	5		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 87,19% 2. 94,74%	1. 2. 98%
16.7		Aumentare le sedute operatorie rispetto all'attivita' pianificata	SI	D	10		almeno 2 sedute aggiuntive per ogni anestesista		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	5		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.		1 medico formato.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	5		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 3. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 4. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 5. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		
3.3.12	8.5	Mantenere la certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Fisiopatologia della Riproduzione e PMA per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe.	SI	D	15		1. continuare ad operare nel rispetto degli standard per la qualita' e sicurezza delle cellule riproduttive, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente e dai requisiti dell'autorizzazione e accreditamento istituzionale (DGR 705/2007 e successive modifiche ed integrazioni) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015) 2. fornire i documenti attestanti il mantenimento annuale delle competenze; 3. partecipare ad eventi formativi interni di rinforzo alle conoscenze della normativa nazionale (Legge 40/2004 e s.m.i., linee guida Legge 40 2015 e s.m.i., Manuale CNT, D.lgs. 16/2010) ed europea in materia di PMA omologa ed eterologa 4. partecipare alla creazione di un cruscotto di indicatori integrato per la rendicontazione dei dati di riesame intermedio e annuale, completo dei dati relativi all'assistenza ostetrica 5. collaborare alla creazione di una sala criogenica all'interno del blocco operatorio 6. Le ostetriche della SC Fisiopatologia della Riproduzione e PMA, coadiuvate dai dirigenti medici, introducono sistematicamente i controlli della documentazione clinica attraverso check list dedicate agli specifici percorsi 7. Formalizzare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la preservazione della fertilita' nel paziente oncologico pediatrico.		per tutti i punti: evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.2.4	10.4	Infertilita'. Predisporre un programma di prevenzione dell'infertilita' femminile e maschile in collaborazione con unita' di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) della regione.	SI	D	10		Predisposizione condivisa del programma e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2020.		evidenza documentale.
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
3.6.5	10.21	Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS.	SI	D	5		1. Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: <= 15% 2. Tagli cesarei primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: <= 25%		

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	5		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata.	1. 91,44%	1. 2. 98%

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.4.9	15.4	Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico. Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovra' essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS Le Aziende avvieranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende	SI	D	10		- % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico >= 90% La DCS inviera' periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione.		90%: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 75%: obiettivo non raggiunto
	16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il valore del tariffato complessivo dell'attivita' resa rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.	euro 229.191	
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di : - ecografia ostetrica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	5		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.		1 medico formato.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accREDITamento istituzionale Per quanto di competenza: 2. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 3. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinserti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 4. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 5. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		
3.3.12	8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012).	SI	D	10		1. Coordinare le attivita' di mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012); 2. Creare dei prototipi delle cartelle cartacee revisionate ed inviate alla SC Ingegneria Clinica; 3. Continuare la collaborazione con l'Insiel e DCS sulla ideazione e sperimentazione della cartella clinica informatizzata regionale per la gestione della gravidanza a basso rischio.		
3.1.2	10.1	Percorso nascita. Proseguire e consolidare le attivita' sui percorsi nascita.	SI	D	5		L'Istituto adotta le azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite.		
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
3.6.5	10.22	Patologia sindromico malformativa perinatale: predisporre ed inviare alla DCS una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi della patologia sindromica perinatale	SI	D	15		Predisposizione ed invio alla DCS entro il 31/12/2020, una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi della patologia sindromica perinatale.		percorso inviato entro il 31.12.2020.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.6.5	11.5	Corso di formazione dedicato ai professionisti coinvolti nelle attivita' di screening e diagnosi prenatale.	SI	D	10		Partecipare entro il 31/12/2020 all' evento formativo dedicato ai professionisti coinvolti nelle attivita' di screening e diagnosi prenatale.		si
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' ambulatoriale resa rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.	euro 158.352	

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
	3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	SI	D	5		Aggiornare la procedura "Profilissi antibiotica in chirurgia".		
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI	D	5		Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	D	5		Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.		1 medico formato.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accREDITamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accREDITamento applicabili agli ambulatori medici, chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinserti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		evidenza documentale.
3.3.12	8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012).	SI	D	5		- Collaborazione per l'implementazione e collaudo della cartella informatizzata regionale per la gestione della gravidanza a basso rischio. - Compilazione, da parte delle strutture SC Clinica Ostetrico ginecologica (area ostetricia), SC Neonatologia e TIN, Sala Parto, SC Anestesia e Rianimazione della check list integrata relativa agli standard e requisiti regionali e nazionali applicabili ai percorsi nascita, inclusi quelli di autorizzazione e accREDITamento; in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Effettuare la revisione degli organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinserti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di 3 anni di vita - Effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione con URP)		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.1.2	10.1	Percorso nascita. Proseguire e consolidare le attivita' sui percorsi nascita.	SI	D	5		L'Istituto adotta le azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite.		
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
3.3.8	10.12	Analisi di approfondimento delle gravidanze in eta' precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialita' precoce.	SI	D	5		- Definire un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per le gravidanze in eta' precoce. - Definire un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per i neonati esposti		si.
3.6.5	10.21	Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS.	SI	D	5		1. Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: <= 15% 2. Tagli cesarei primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: <= 25%		1. <=15%; 2. <=25%
3.6.5	10.22	Patologia sindromico malformativa perinatale: predisporre ed inviare alla DCS una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi della patologia sindromica perinatale	SI	D	10		Predisposizione ed invio alla DCS entro il 31/12/2020, una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi della patologia sindromica perinatale.		percorso inviato entro il 31.12.2020.
3.6.5	11.3	Simulazione avanzata per la gestione delle emergenze ostetriche: realizzare corsi di formazione per promuovere e migliorare la qualita' della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nelle sale parto regionali. Rendere uniformi competenze tecniche e qualificazione professionale del team dei punti nascita di I e II livello in FVG nella gestione delle emergenze ostetriche.	SI	D	10		1. entro il 30/9/2020 vengono realizzate almeno 2 edizioni del primo modulo del corso di formazione; 2. entro il 31/12/2020 vengono realizzate almeno 2 edizioni del secondo modulo del corso di formazione. NUOVO INDICATORE: 1. ENTRO IL 31.12.2020 VENGONO REALIZZATE 2 EDIZIONI DEL PRIMO MODULO DEL CORSO DI FORMAZIONE; 2. ENTRO IL 2021 VENGONO REALIZZATE 2 EDIZIONI DEL SECONDO MODULO DEL CORSO DI FORMAZIONE.		partecipazione ai corsi.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	5		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 70% 2. 63%	1. 2. 98%
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI	D	5		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' ambulatoriale resa rispetto all'anno 2018. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2018.		euro 1.005.676

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	5		Prestazioni ambulatoriali di : - visita ginecologica - ecografia ginecologica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni/ 60 giorni strumentali) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
3.7.1	2.2	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	D	5		Per i seguenti interventi: - neoplasia dell'utero le seguenti priorit� sono rispettate 1.priorit� A (30 giorni)		1.>=90%
	3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	SI	D	5		Aggiornare la procedura "Profilissi antibiotica in chirurgia".		
	3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	SI	D	5		Partecipazione alla sorveglianza - come da evidenze audit rischio clinico		
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI D	5			Partecipazione al corso "L'ospedale amico dei bambini-formazione per operatori coinvolti-empowerment delle famiglie" - Il 25% del personale formato. NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AL CORSO "L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI-FORMAZIONE PER OPERATORI COINVOLTI-EMPOWERMENT DELLE FAMGLIE"- ALMENO 1 MEDICO PER STRUTTURA.	1 medico formato.	
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI D	10			1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza: 2. Attuare le verifiche sulla conformita' ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); 3. compilare la check list di autovalutazione relativa i requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici,chirurgici e alle aree di degenza (DRG 143/2011); per i punti 1. e 2 in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali. 4. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 5. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professinai specifici e misurabili; 6. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 7. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).	evidenza documentale.	

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.3.12	8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012).	SI D	5			- Revisione della cartella clinica per ricoveri ginecologici e ostetrici. - Compilazione, da parte delle strutture SC Clinica Ostetrico ginecologica (area ostetricia), SC Neonatologia e TIN, Sala Parto, SC Anestesia e Rianimazione della check list integrata relativa agli standard e requisiti regionali e nazionali applicabili ai percorsi nascita, inclusi quelli di autorizzazione e accreditamento; in caso di non conformita' stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Effettuare la revisione degli organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di 3 anni di vita - Effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione con URP)		evidenza documentale.
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI D	5			La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali.	SI D	5			Corretta e completa compilazione di tutti i campi obbligatori del Registro Operatorio con particolare attenzione alla "durata intervento". (inizio e fine intervento)		tempistiche corrette/interventi = 100% - tolleranza 2%
3.6.1	10.14	Incontinenza urinaria: Tutte le Aziende del SSR partecipano alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui all'accordo Stato-regione n. 15/CSR del 24 gennaio 2018.	SI D	5			Predisporre con l'ARCS, il PDTA entro settembre 2020, anche relativamente all'incontinenza in eta' pediatrica (con la collaborazione del Burlo).		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.6.1	10.17	Predisporre PDTA endometriosi.	SI D	5			Predisporre entro il 31/12/2020 un PDTA per le donne con endometriosi con la DCS e in collaborazione con tutte le Aziende.		evidenza documentale.
3.6.5	10.21	Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS.	SI D	5			1. Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: <= 15% 2. Tagli cesarei primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: <= 25%		1. <=15%; 2. <=25%
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI D	10			1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI D	5			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata. 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 63% 2. 21%	1. 2. 98%

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
16.1		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019. NUOVO OBIETTIVO: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (COMPLESSIVO DEGENZA E AMBULATORIALE) VS ULTIMO TRIMESTRE 2018/2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE IL VALORE DEL TARIFFATO DELL'ATTIVITA' RESA (DEGENZA/AMBULATORIALE) RISPETTO ALL'ULTIMO TRIMESTRE DELL'ANNO 2019.	euro 1.410.377	
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.2.11	3.5	Attivare un programma di sorveglianza ambientale in ambito ospedaliero con metodologie innovative (microbioma e resistoma) e sistemi di sanificazione a base di probiotici	SI	D	10		Diminuzione degli eventi "alert" e dei tempi di risposta per l'identificazione dei microorganismi. NUOVO INDICATORE: DIMINUZIONE DELLE CARICHE BATTERICHE RISPETTO AL CAMPIONAMENTO ZERO PRECEDENTE AVVIO DELLO STUDIO.		report.
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 3. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 4. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 5. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	10.26	Definire e progettare l'attivazione del percorso per l'attivazione del trapianto di feci	SI	D	10		Documento contenente il percorso e la valorizzazione della prestazione presentato alla Direzione Sanitaria		evidenza documentale.
	10.27	Revisione della logistica delle attivita' dell'IRCCS	SI	D	10		Riorganizzazione degli spazi dedicati alla struttura - documento presentato al Responsabile del Dipartimento ed alla Direzione Sanitaria		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
16.2		Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rese dalla struttura rispetto all'anno 2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il numero del volumi delle prestazioni per esterni offerte dalla struttura rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE I VOLUMI DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI OFFERTE DALLA STRUTTURA VS ULTIMO TRIMESTRE 2019.		2.510
16.4		Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata.	SI	D	15		Rivedere le tariffe delle prestazioni collegate alle analisi di diagnostica avanzata da inserire nelle prestazioni di assistenza - relazione sull'attivita' svolta.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
prof.ssa Manola Comar**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	10		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.1.6	6.1	Utilizzo di terapie con farmaci innovativi e CAR-T. OBIETTIVO STRALCIATO.	SI	D			-individuazione di un referente (nota scritta entro 30/06/2020) -contributo per individuazione delle aziende e dei farmaci (ipotesi entro 31/12) -analisi di genotipizzazione per profilo candidato all'uso delle terapie geniche (verifica attivita' entro 31/12) -stesura eventuale procedura per genotipizzazione candidati all'uso di terapia genica (presenza bozza procedura di utilizzo entro 31/12) OBIETTIVO STRALCIATO.		evidenza documentale.
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	5		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 3. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 4. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 5. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		
	8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ACCREDIA ISO 15189	SI	D	10		-individuazione di un referente (nota scritta entro 31/06/2020) -mappatura strumentazione reattivi non marcati CE (entro 30/06/2020) -partecipazione audit interni (rapporto audit entro 31/12/20) -stesura manuale (bozza manuale entro 31/12/2020) -stesura procedure (secondo piano Uff Q, entro 31/12) -stesura piano di convalida e convalida processi secondo il piano (piano entro 31/12) -stesura piano VEQ e report (piano VEQ entro 31/12, firma sui report per accettazione) -revisione valutazione dei rischi di processo (entro 31/12)		evidenza documentale.
	8.12	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione AIFA per la sperimentazione di FASE 1	SI	D	5		-individuazione di un referente (nota scritta entro 30/06/2020) -collaborazione per individuazione percorso e locali (ipotesi entro 31/12) -nomina figure dell'organigramma (atto di nomina entro 30/01) -partecipazione ad audit interni (report audit, 31/12) -stesura procedure (presenza bozza procedure secondo piano Uff Q, report entro 31/12) NUOVO INDICATORE: - INDIVIDUAZIONE DI UN REFERENTE (NOTA SCRITTA ENTRO 30/06/2020) - COLLABORAZIONE PER INDIVIDUAZIONE PERCORSO E LOCALI (IPOTESI ENTRO 31/12) - NOMINA FIGURE DELL'ORGANIGRAMMA (ATTO DI NOMINA ENTRO 30/01)		

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
10.7		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	5		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata.	1. 99,40	1. 98%

Obiettivi di attivita' 2020

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 2019	Soglia
16.2		Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rese dalla struttura rispetto all'anno 2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il numero del volumi delle prestazioni per esterni offerte dalla struttura rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE I VOLUMI DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI OFFERTE DALLA STRUTTURA VS ULTIMO TRIMESTRE 2019.		3.069
16.4		Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata.	SI	D	10		Rivedere le tariffe delle prestazioni collegate alle analisi NGS - relazione sull'attivita' svolta.		evidenza documentale.
16.5		Internalizzare le prestazioni di citogenetica.	SI	D	15		Predisposizione di un piano contenente l'indicazione delle prestazioni da internalizzare con relativo cronoprogramma.		evidenza documentale.
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
 prof. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.7.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	20		Prestazioni ambulatoriali di : - TAC - RNM - Ecografie garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni/ 60 giorni strumentali) 3. priorit� P (120 giorni) NUOVO INDICATORE: GARANTIRE I TEMPI D'ATTESA SECONDO LE PRIORITA' E LE SOGLIE SOPRA RIPORTATE A PARTIRE DAL 1/10		1.>=90% 2.>=90% 3.>=90%
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	5		1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
 prof. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	5		1. Individuare il referente della struttura per l'accreditamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 3. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinserti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 4. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 5. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		
	10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
	10.24	Rivedere il percorso degli utenti della Sala Gessi	SI	D	5		Collaborazione alla revisione con SC Ortopedia - evidenza documentale		evidenza documentale.
	10.25	Uniformare la gestione della refertazione a distanza	SI	D	10		Aggiornare il documento/ procedura contenente le modalita' di gestione della refertazione a distanza e presentarlo alla Direzione Sanitaria		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
 prof. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
15.1		Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico, DNLAB, Cardionet e la cartella informatizzata.	SI	D	5		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata.	1. 99,44%	1. 98%
15.3		TELE-REFERTAZIONE: Sviluppo e operativita' del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.	SI	D	5		Entro il 30/6/2020, previa attivazione da parte di Insiel di una piattaforma dedicata, viene implementata l'operativita' del sistema di tele-consulto per second opinion in radiologia pediatrica		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Claudio Granata**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
16.2		Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rese dalla struttura rispetto all'anno 2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il numero del volumi delle prestazioni per esterni offerte dalla struttura rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE I VOLUMI DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI OFFERTE DALLA STRUTTURA VS ULTIMO TRIMESTRE 2019.		1.033
16.4		Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata.	SI	D	10		- Documentazione a supporto per la revisione della valorizzazione di alcune prestazioni complesse (ad es risonanza fetale) - evidenza documentale		evidenza documentale.
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Responsabile:

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

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).		=2019 +/-10%
3.1.6	6.1	Utilizzo di terapie con farmaci innovativi e CAR-T. OBIETTIVO STRALCIATO.	SI	D			-individuazione di un referente (nota scritta entro 30/06/2020) -contributo per eventuali analisi e monitoraggi (verifica coinvolgimento entro 31/12) -eventuale stesura procedura per ruolo del laboratorio nel trattamento del pz con terapia genica (presenza bozza procedura entro 31/12) OBIETTIVO STRALCIATO.		
3.3.12	8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	15		1. predisporre la redazione del Riesame (entro il 30.04.2020); 2. effettuare la revisione annuale del Manuale di Struttura - valutazione integrata dei rischi per i processi primari (entro il 31.12.2020); 3. effettuare la revisione annuale della Swot analysis entro il 31.12.2020.		evidenza documentale.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Responsabile:

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

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.12	8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	SI	D	10		1. Individuare il referente della struttura per l'accREDITamento istituzionale Per quanto di competenza; 2. revisionare organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi; 3. rendicontare i percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili; 4. revisionare procedure/PDTA e informative e consensi informati, con piu' di tre anni di vita; 5. effettuare indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione URP).		
	8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ACCREDIA ISO 15189	SI	D	15		-individuazione di un referente (nota scritta entro 30/06/2020) -mappatura strumentazione reattivi non marcati CE (entro 30/06/2020) -partecipazione audit interni (rapporto audit entro 31/12/20) -stesura manuale (bozza manuale entro 31/12/2020) -stesura procedure (secondo piano Uff Q, entro 31/12) -stesura piano di convalida e convalida processi secondo il piano (piano entro 31/12) -stesura piano VEQ e report (piano VEQ entro 31/12, firma sui report per accettazione) -revisione valutazione dei rischi di processo (entro 31/12)		evidenza documentale.
	8.12	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione AIFA per la sperimentazione di FASE 1	SI	D	10		-individuazione di un referente (nota scritta entro 30/06/2020) -collaborazione per individuazione percorso e locali (ipotesi entro 31/12) -nomina figure dell'organigramma (atto di nomina entro 30/01) -partecipazione ad audit interni (report audit, 31/12) -stesura procedure (presenza bozza procedure secondo piano Uff Q, report entro 31/12) NUOVO INDICATORE: - INDIVIDUAZIONE DI UN REFERENTE (NOTA SCRITTA ENTRO 30/06/2020) - COLLABORAZIONE PER INDIVIDUAZIONE PERCORSO E LOCALI (IPOTESI ENTRO 31/12) - NOMINA FIGURE DELL'ORGANIGRAMMA (ATTO DI NOMINA ENTRO 30/01)		

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Responsabile:

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

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
10.7		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	SI	D	5		La risposta ai reclami deve essere inviata all'URP entro 10 gg. dal ricevimento.		risposta entro 10 gg. dal ricevimento.
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
16.2		Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rese dalla struttura rispetto all'anno 2019.	SI	D	10		Mantenere/incrementare il numero del volumi delle prestazioni per esterni offerte dalla struttura rispetto all'anno 2019. NUOVO INDICATORE: NUOVO INDICATORE: MANTENERE/INCREMENTARE I VOLUMI DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI OFFERTE DALLA STRUTTURA VS ULTIMO TRIMESTRE 2019.	7.939	

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Responsabile:

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

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
16.4		Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata.	SI	D	10		Attuare il percorso di inseirmento delle prestazioni di tossicologia forense - evidenza documentale		

Totale pesi: 95

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
	3.6	Proseguire nella divulgazione del codice internazionale dei sostituti del latte materno rivolti al personale dell'IRCCS	SI	E	10	20	Evidenza degli incontri effettuati		evidenza documentale.
	4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS.	SI	D	5		Almeno due dei seguenti criteri soddisfatti: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato. NUOVO INDICATORE: ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI SODDISFATTI: - UN PROGETTO DI RICERCA INTERNAZIONALE PRESENTATO; - EVIDENZA DI UN ACCORDO DI COLLABORAZIONE; - CORSO E/O CONVEGNO ORGANIZZATO.		si/no
	4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	E	5	10	Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	=2019 +/-10%	
	4.3	Coordinare almeno 2 studi di carattere regionale e/o nazionale per migliorare la qualita' delle cure materno infantili, in collaborazione con OMS	SI	D	10		reportannualiinviati alla DSC su almeno 2 studi		evidenza documentale.
3.2.12	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino".	SI	E	10	30	- Stesure protocolli e procedure per il Manuale operatore - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF		si.
3.2.5	10.5	Screening neonatali. Coordinare e monitorare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio	SI	D	5		- Report di monitoraggio delle procedure adottate e delle attivita' effettuate inviato alla DCS.		si

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.3.5	10.16	Disturbi del comportamento alimentare: 1. partecipare alla definizione di percorsi di accesso ai Centri Diurni DCA per pazienti minori distinti per area geografica regionale (ASUGI, ASUFC e ASUFO) e all'eventuale follow-up per i pazienti noti all'Istituto; 2. Operativita' dell'Osservatorio epidemiologico.	SI	D	10		Operativita' dell'Osservatorio epidemiologico - Reportistica inviata in DCS per i minori.		report inviato.
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio.	SI	E	10	10	1. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Formazione specifica rischio basso,medio,alto (>=50%); 2. Evidenza di partecipazione, in corso di validita', del personale della struttura o evidenza di attestato di partecipazione presso altri enti per la formazione, previa validazione dell'SPPA, al corso denominato Prevenzione incendi e gestione delle emergenze (>=50%); NUOVO INDICATORE: 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO FORMAZIONE GENERALE (=100%); 2. 1. EVIDENZA DI PARTECIPAZIONE, IN CORSO DI VALIDITA', DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA O EVIDENZA DI ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PRESSO ALTRI ENTI PER LA FORMAZIONE, PREVIA VALIDAZIONE DELL' SPPA, AL CORSO DENOMINATO SICUREZZA GENERALE E PREVENZIONE INCENDI RISCHIO BASSO (>=25%);		1. =100% e 2. >=25%
3.2.9	13.2	Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012.	SI	D	5		- Tenuta del registro regionale di patologia; - Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione.		si.

Obiettivi di attivita' 2020

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2019	Soglia
3.2.9	13.3	Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease.	SI	D	20		- Stime nazionali valutate e verificate; - Report sulle stime pediatriche nazionali e regionali.		si.
3.2.9	14.2	Diffondere il report della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole e predisporre il report relativo alla rilevazione 2019 del Progetto OKKIO alla Salute.	SI	E	10	30	- Report con i risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 diffuso presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole - Report con i risultati della rilevazione OKKIO alla Salute 2019 predisposto e inviato in DCS.		1. Evidenza di materiale informativo divulgato. 2. Report inviato.
Totale pesi:					100	100			

Allegato 3

Modalità e criteri di redazione della matrice di responsabilità

Allegato n. 3)

MODALITA' E CRITERI PER LA REDAZIONE DELLE MATRICI DI RESPONSABILITA'

In sede di negoziazione di budget è stata illustrata ai responsabili di SC/SSD la sottoriportata matrice riepilogativa degli obiettivi assegnati ad ogni SC/SSD

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC		dirigente	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso
N1	Obiettivo 1	10	x	10	x	Y

- Lo scopo di tale matrice è quello di individuare l'apporto del singolo agli obiettivi di struttura, consentendo pertanto di dare attuazione a quanto previsto dall'art. 93 c. 3 del CCNL 2016-2018 Area Sanità prevedendo che *"gli obiettivi e i livelli di prestazione, preventivamente illustrati dal dirigente responsabile dell'articolazione aziendale a tutti i dirigenti dell'unità operativa, sono assegnati formalmente a ciascuno di essi anche secondo la tipologia degli incarichi agli stessi conferiti"*
- La matrice contiene tante righe quanti sono gli obiettivi assegnati ad ogni singola struttura.
- Al responsabile di Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale sono attribuiti tutti gli obiettivi.
- Il responsabile a sua volta attribuisce ai propri dirigenti, sulla base delle loro attitudini, capacità ed incarico conferito, almeno il 50% degli obiettivi di struttura.
- I pesi attribuiti ai singoli obiettivi dei dirigenti sono attribuiti dal Responsabile definendo il peso complessivo degli obiettivi dei singoli dirigenti che dovrà essere comunque pari a 100.
- La matrice verrà integrata in corso d'anno con il personale che verrà assunto e al quale verrà richiesto di collaborare a determinati obiettivi.

Tale matrice è stata applicata anche ai titolari di posizione organizzative e di incarichi.

	Raggiungimento obiettivi		% erogazione produttività e risultato
Comparto	> 80%	con scheda di valutazione individuale positiva	100% produttività
		con scheda di valutazione individuale negativa	100% produttività - 10%
	fino a 80%	con scheda di valutazione individuale positiva	stessa % produttività
		con scheda di valutazione individuale negativa	stessa % produttività-10%
Dirigenza	% obiettivi	con scheda di valutazione individuale positiva	% di risultato individuale legata agli obiettivi di struttura assegnati con matrice
		con scheda di valutazione individuale negativa	nessuna % di risultato

In corso d'anno avrà luogo la contrattazione integrativa aziendale con le OO.SS. di riferimento per la definizione dei criteri della performance individuale ai sensi dei rispettivi CCNL.

Allegato 4

Matrici di responsabilità anno 2020
integrazione con personale assunto/trasferito nel corso del 2020

Indice

Allegato 4: Matrici di Responsabilità 2020

	pag.
Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa	
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	1
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA	2
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	3
Direzione Sanitaria	
S.S.D. FARMACIA	4
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	5
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	6
DIR. SAN. UFF. PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	7
PIATTAFORMA OSTETRICA	8
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA EMERGENZA-URGENZA	9
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA DEGENZA E AMBULATORIALE	10
PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO	11
Dipartimento di Pediatria	
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA	12
S.C. ONCOEMATOLOGIA	14
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	15
S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	16
Dipartimento di Chirurgia	
S.C. OCULISTICA	17
S.S.D ODONTOSTOMATOLOGIA	18
S.C. CHIRURGIA	19
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	20
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	21
Dipartimento Materno - Neonatale e delle Terapie Intensive	
S.C. NEONATOLOGIA	22
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	24
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCRAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	27
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	28
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	29
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	30
Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata	
S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZ.	32
S.C. GENETICA MEDICA	33
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA	35
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZ.	36
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	37

SC Affari Generali e Legali

ID	Obiettivo	peso obv piattaforma	Responsabile di SC dott.ssa Daniela Zaro		PO Gestione convenzioni (dott.ssa Raffaella Locci)		PO Assicurazioni e contenzioso (dott.ssa Francesca Assanti)	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.8	Applicare le linee di indirizzo regionali che la Regione	15	X	15	X	25	X	30
7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	25	X	25	X	20	X	20
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	15	X	15	X	20	X	25
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	5	X	5	X	5		
10.38	Burlo multicentrico	5	X	5	X	30		
10.44	Ottimizzazione dell'attivit� di reperimento di risorse a sostegno dell'attivit� istituzionale	15	X	15				
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10				
16.3	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	10	X	10			X	25
		100		100		100		100

SC Gestione Economico Finanziaria

ID	Obiettivo	peso obv piattaforma	Responsabile di SC dott.ssa Alessandra Rachelli		PO Contabilità generale e adempimenti fiscali e tributari Elisabetta Delben	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.8	Applicare le linee di indirizzo regionali che la Regione provvederà a diffondere nel corso del 2020, nel Regolamento aziendale sulla libera professione	5	X	5	X	15
7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	10	X	10		
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	10	X	10		
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	5	X	5		
10.38	Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca	15	X	15	X	15
10.39	Studio di fattibilità al fine di procedere alla razionalizzazione e rimodulazione degli spazi	15	X	15	X	20
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10		
14.8	Verificare semestralmente la contabilità separata della ricerca corrente e finalizzata	15	X	15	X	20
16.3	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	15	X	15	X	30
		100		100		100

SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti

ID	Obiettivo	peso obv piattaforma	Responsabile di SC dott. Dario Carlevaris		Dirigente Ingegnere Barbagli		PO Informatica e telefonia Bava	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	10	X	10				
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	10	X	10	x	20		
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	X	10	x	20		
10.46	Avvio degli atti propedeutici all'esternalizzazione del servizio di centralino	10	X	10	x	20	x	20
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10				
12.4	Implementare i DUVRI relativi agli appalti dell'IRCCS	10	X	10	x	10		
15.3	TELE-REFERTAZIONE	5	X	5	x	10	x	10
15.9	Censimento dei sistemi informatici dell'Istituto da integrare con gli asset regionali	5	X	5			x	20
15.10	Censire tutte le apparecchiature	10	X	10			x	20
15.11	Privacy in sanita'. - Censire le carenze rispetto al GDPR e ABSC - Individuare altri ambiti con criticita'	5	X	5			x	20
15.12	Sistema PACS	10	X	10	x	20	x	10
16.3	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	5	X	5				
		100		100		100		100

DIREZIONE SANITARIA - SSD Farmacia

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Dott.ssa Anna Arbo Direttore		Dirigente dott.ssa Marta P Trojniak		Dirigente dott. D. Zanon		Dirigente dott. Maestro	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	5	X	5			x		x	5
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5			x	10	x	10
6.1	Utilizzo di terapie geniche innovative CAR-T	10	X	10	x	30	x	20	x	20
6.3	Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza delle iniziative di audit e feedback e delle azioni piu' significative intraprese nel corso del 2020	5	X	5		5				
6.5	Indicatori per categorie di medicinali in cui e' disponibili	10	X	10	x				x	5
6.6	Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie	5	X	5	x	5				
6.7	Assicurare partecipazione e supporto alle attivita' per i CRFV e i RLFV, partecipazione agli incontri del gruppo di Coordinamento e l'invio di relazione scientifica e rendicontazione	5	X	5	x	10				
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	5	X	5	x		x	30	x	10
8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ACCREDIA ISO 15189	10	X	10	x		x	10		
8.12	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione AIFA per la sperimentazione di FASE 1	10	X	10	x	25	x	15	x	25
10.28	armonizzare, diffondere e vigilare sull'applicazione del regolamento che definisce principi e comportamenti da adottare nei rapporti con rappresentanti/informatori di aziende farmaceutiche o assimilate	5	X	5		5		5		5
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10	x	10	x	10	x	10
14.5	Registri Aifa e recupero rimborsi	5	X	5	x	5				
14.7	Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi	5	X	5					x	5
15.4	Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico	5	X	5	x	5	x		x	5
		100		100		100		100		100

SC Direzione delle Professioni Sanitarie

ID	Obiettivo	peso obv piattaforma	Responsabile di SC dott.ssa Livia Bicego		PO PIATTAFORMA INFERMISTICA DEGENZA E AMBULATORIALE (CASSONE)		PO PIATTAFORMA EMERGENZA URGENZA e della attività Chirurgica (SCHREIBER)		PO PIATTAFORMA OSTETRICA (VERARDI)		PO PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO (VASCOTTO)		PO EBM and EBP sector and professional and organizational development (BUCHINI)	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	20
5.1	Organizzare in collaborazione con ASUGI le attività di diagnostica collegate all'emergenza Covid 19	10	X	10							X	20		
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	X	10	X	10	X	10	X	10		10	X	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	20
10.2	Salute mentale. Prendere in carico e cura i disturbi psichiatrici in età evolutiva	10	X	10	X	20	X	10	X	10				
10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico	10	X	10	X	20	X	10						
10.23	Collaborazione alla definizione del nuovo assetto logistico del PS e dei relativi percorsi	5	X	5			X	20						
10.38	Burlo multicentrico: consolidare il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca	5	X	5	X	10	X	10	X	10	X	10		10
10.39	Studio di fattibilità al fine di procedere alla razionalizzazione e rimodulazione degli spazi per ottimizzare e potenziare le attività cliniche della ricerca	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	20
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	5	X	5	X	10	X	10	X	10	X	10	X	20
15.5	Percorso nascita	10	X	10					X	20				
16.3	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	5	X	5					X	10	X	20		
		100		100		100		100		100		100		100

DIREZIONE SANITARIA - SSD Direzione Medica di Presidio

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore		Stefano Russian Dirigente medico		PO Attività di supporto Igiene, Organizzazione dei servizi sanitari e sorveglianza sanitaria dott.ssa Emanuela Petretic	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.8	Applicare le linee di indirizzo regionali che la Regione provvederà a diffondere nel corso del 2020, nel Regolamento aziendale sulla libera professione	10	X	10		10		
3.2	Aggiornare il piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di furti nelle strutture aziendali	5	X	5		5	X	5
3.3	Promozione della salute nei luoghi di lavoro	5	X	5		5	X	5
3.5	Attivare un programma di sorveglianza ambientale in ambito ospedaliero	5	X	5		5	X	15
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	X	5		5	X	15
3.9	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico	5	X	5		5	X	15
3.14	Monitoraggio applicazione bundle	5	X	5	X	5	X	10
3.15	Organizzare la formazione specifica per la prevenzione ed il contenimento delle infezioni	5	X	5		5	X	10
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5	X	5		
8.13	Avviare i lavori per ottenere la certificazione ISO della Direzione Sanitaria	5	X	5	X	5	X	10
9.1	Miglioramento del clima organizzativo	5	X	5	X	5		
10.30	Costituire un Nucleo Funzionale che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA	5	X	5	X	5		
10.33	Controlli di appropriatezza	10	X	10	X	10		
10.36	Coordinare e supportare le attività dei partecipanti al gruppo di lavoro di Rete HPH	5	X	5	X	5		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	5	X	5	X	5	X	10
12.2	Garantire i monitoraggi delle linee di gestione 2020 di propria pertinenza	10	X	10	X	10		
16.3	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	5	X	5	X	5	X	5
		100		100		100		100

DIREZIONE SANITARIA - Ufficio per la continuità assistenziale

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore		Urriza Marianela Dirigente medico		Zanello Elisa Dirigente sanitario		PO Ufficio per la Continuità assistenziale (Cragnolin Elisa)	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.13	Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMONET)	10	x	10	x	10				
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	5	x	15	x	10
5.2	Applicare il protocollo per la gestione della violenza sui minori	5	x	5	x	5	x	10	x	10
8.13	Avviare i lavori per ottenere la certificazione ISO della Direzione Sanitaria	10	x	10	x	10	x	10	x	15
10.5	Screening neonatali. Coordinare e monitorare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione delle procedure regionali	10	x	10	x	10	x	5	x	15
10.12	Analisi di approfondimento delle gravidanze in eta' precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialita' precoce	5	x	5	x	5	x	15	x	5
10.29	Assicurare la Valutazione Integrata dei minori presi in carico e migliorare la presa in carico integrata e personalizzata	10	x	10	x	10	x	10	x	10
10.33	Controlli di appropriatezza	10	x	10	x	10				
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	5	x	5	x	5	x	10	x	10
12.2	Garantire i monitoraggi delle linee di gestione 2020 di propria pertinenza	10	x	10	x	10				
13.5	Piano della cronicità	5	x	5	x	5	x	10	x	5
13.6	Fase di transizione dai servizi dell'eta' pediatrica a quelli dell'adulto	10	x	10	x	10	x	15		15
17.1	Assistenza protesica	5	x	5	x	5			x	5
		100		100		100		100		100

PIATTAFORMA OSTETRICA

ID	Obiettivo	peso obv piattaforma	Coordinatore Area di degenza e Area diurna OSTETRICA (Di Pietro)		Coordinatore Area di degenza e Area diurna GINECOLOGICA (Lionetti)		Coordinatore Area SALA PARTO (Piazza)	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.6	Proseguire nella divulgazione del codice internazionale dei sostituti del latte materno rivolti al personale dell'IRCCS	10				10		
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	10	X	10	X	10	X	10
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	X	10		10	X	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	X	10	X	10	X	10
8.5	Mantenere la certificazione rilasciata dal CNT	10			X	30		
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	10	X	20			X	20
10.19	Aderire al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso	5	X	10	X	10	X	10
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	10	X	10	X	10	X	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	X	10	X	10	X	10
15.5	Percorso nascita	15	X	20			X	20
		100		100		100		100

PIATTAFORMA EMERGENZA URGENZA

ID	Obiettivo	peso obv piattaforma	Area urgenza pediatrica (DE Monte)		Area Rianimazione (Dittura)		Area Terapia Intensiva neonatale e Nido (Scolz)		Area Blocco Operatorio (Troisi)	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	x	5	x	10			x	20
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	10	x	10	x	20	x	10	x	5
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	x	10	x	10	x	20	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	15	x	20	x	15	x	20	x	15
10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali	5			x	10			x	20
10.10	Terapia del dolore: rispettare i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90%	5			x	10			x	5
10.18	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Mantenere/migliorare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde	5	x	15						
10.19	Aderire al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso	5	x	15						
10.23	Collaborazione alla definizione del nuovo assetto logistico del PS e dei relativi percorsi	10	x	10						
10.24	Rivedere il percorso degli utenti della Sala Gessi	5							x	10
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	5	x	5	x	5	x	20	x	5
11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale	10					x	20		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	10	x	20	x	10	x	10
		100		100		100		100		100

PIATTAFORMA INFERMIERISTICA DEGENZA E AMBULATORIALE

ID	Obiettivo	peso obv piattaforma	Coordinatore Area Oncoematologica (Marrazzo)		Coordinatore Area di Degenza 1 e alta complessità (Strajn)		Coordinatore Degenza 2 (Di Rocco)		Coordinatore Area Pediatria Diurna (Cassone)		Coordinatore SSA (Cassone)	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	X	5	X	5	X	10		5		
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	X	20	X	20	X	30	X	20	X	25
8.4	Mantenere la certificazione rilasciata dal CNT	10	X	30								
9.2	Rapporto con i pazienti nelle attività di ricovero	10			X	5	X	25			X	25
10.2	Salute mentale. Prendere in carico e cura i disturbi psichiatrici in età evolutiva.	10			X	20						
10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico.	10	X	15					X	20		
10.13	Odontoiatria pubblica	10							X	25		
10.16	Disturbi del comportamento alimentare	10			X	20						
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	20	X	20	X	25	X	20	X	40
		100		100		100		100		100		100

PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO

ID	Obiettivo	peso obv piattaforma	Area Tecnico Diagnostica Tullio Tiozzo	
			assegnazione	peso
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	10		
5.1	Organizzare in collaborazione con ASUGI le attività di diagnostica collegate all'emergenza Covid 19	10		
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	X	20
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	10	X	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	20	X	20
8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ACCREDIA ISO 15189	10		
10.24	Rivedere il percorso degli utenti della Sala Gessi	5	X	20
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	X	20
16.3	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	5		
16.5	Internalizzare le prestazioni di citogenetica	10		
		100		100

SCU CLINICA PEDIATRICA

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore di SC Prof. Egidio Barbi		Marco Bobbo medico		Daniela Chicco medico		Biancamaria D'agata Mottolese		Laura Badina medico		Irene Berti medico	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	20	x	20	x	30	x	30	x	30	x	30	x	30
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5										
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	x	10									x	20
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	5										
10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore un ambito pediatrico	20	x	20										
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	5	x	5					x	20	x	20		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	10	x	20	x	20						
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	10	x	10	x	20	x	20	x	20	x	20	x	20
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	10	x	20	x	20	x	20	x	20	x	20
		100		100		100		100		100		100		100

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Marco Pennesi medico		Ingrid Rabach medico		Elena Faleschini medico		Gianluca Tornese medico		Irene Bruno medico		Andrea Magnolato medico	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	20	x	30	x	10	x	30	x	20	x	30	x	30
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5												
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	10	x	10	x	10	x	20	x	10	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	x	20					x	20				
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5												
10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore un ambito pediatrico	20												
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	5			x	20	x	20			x	20		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10			x	20					x	10	x	20
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	10	x	20	x	20	x	20	x	20	x	20	x	20
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	20	x	20	x	20	x	20	x	10	x	20
		100		100		100		100		100		100		100

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Giulia Gortani medico		Massimo Maschio medico		Grazia Di Leo medico		Matteo Bramuzzo medico		Lucia De Zen medico		Sara Lega medico	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	20			x	20	x	30	x	20			x	20
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5												
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	10	x	10	x	10	x	20	x	10	x	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	x	30	x	20	x	30						
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5												
10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore un ambito pediatrico	20									x	40		
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	5			x	20			x	20	x	20	x	20
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	20					x	20	x	10	x	20
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	10	x	20	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	20	x	20	x	20	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Andrea Taddio medico/universitario		Tarcisio Not medico/universitario		Alberto Tommasini medico/universitario		Gianmaria Severini dirigente biologo	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	20					x	10		
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	40	x	20	x	40	x	10
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	30	x	30	x	30	x	30
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10			x	20			x	60
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5								
10.11	Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore un ambito pediatrico	20								
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	5								
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	10	x	20				
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	10	x	10			x	10		
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	10	x	10	x	10		
		100		100		100		100		100

SC ONCOEMATOLOGIA

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC Dott. Marco Rabusin		Maximova		Kiren		Verzegnassi		Giurici		Naviglio	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	5	x	5	x	10								
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5	x	10								
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	10								
6.1	Innovazione terapeutica. Definire i percorsi aziendali per la somministrazione della terapia CAR-T	10	x	10										
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ISO	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
8.4	Mantenere la certificazione rilasciata dal CNT	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	5	x	10								
10.20	Cellule staminali ematopoietiche: istituzione trapianto CSE congiunto	10	x	10										
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100

SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC Dott. Marco Carrozzi		Abbracciavento medico		Cervesi medico		Cosentini medico		Devescovi medico		DI Marzio medico	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	10	x	10	x	10	x	10	assente	0	x	10	x	10
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5					assente	0	x	5		
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	10	x	10	assente	0	x	10	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	x	10		10	x	15	assente	0	x	10	x	15
10.2	Salute mentale	15	x	15	x	15	x	5	assente	0	x	5	x	5
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	5	x	5	x	15	assente	0	x	15	x	15
10.16	Disturbi del comportamento alimentare	10	x	10	x	15	x	0	assente	0	x	0	x	0
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	10	x	10	x	15	assente	0	x	10	x	15
13.1	Disturbi dello spettro autistico	10	x	10	x	0	x	0	assente	0	x	15	x	0
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	10	x	10	x	10	x	15	assente	0	x	10	x	15
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	10	x	15	x	15	assente	0	x	10	x	15
		100		100		100		100		0		100		100

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Morelli medico		Skabar medico		Zanus medico		Bin psicologo		Lonciari psicologo		Roia psicologo	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5					x	5						
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	15	x	10	x	10	x	10	x	10	x	5
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	x	10	x	15	x	15	x	15	x	15	x	15
10.2	Salute mentale	15	x	5	x	5	x	5	x	0	x	0	x	5
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	15	x	15	x	15	x	10	x	15	x	15
10.16	Disturbi del comportamento alimentare	10	x	0	x	0	x	0	x	0	x	0	x	15
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	15	x	15	x	15	x	15	x	15	x	10
13.1	Disturbi dello spettro autistico	10	x	0	x	0	x	0	x	15	x	10	x	0
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	10	x	15	x	15	x	15	x	15	x	15	x	15
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	15	x	15	x	10	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100

SC PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC ff Dott. Claudio Germani		Dott.sa Rita Giorgi		Dott.sa Chiara Zanchi		Dott.sa Stefania Norbedo		Dott. Federico Poropat		Dott.sa Valentina Moressa		Dott. Giorgio Cozzi		Dott. Lorenzo Calligaris		Dott.ssa Anna Delise		Dott.ssa Alessia Saccari	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	X	5					X	30												
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5	X	5	X	20	X	15	X	20	X	20	X	30	X	20	X	20	X	20
5.2	Applicare il protocollo per la gestione della violenza sui minori	10	X	10	X	25	X	25	X	10	X	20	X	20	X	15	X	15	X	20	X	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento	10	X	10																		
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	X	5	X	5	X	5	X	5	X	5	X	5	X	5	X	5	X	5	X	5
	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: mantenere/migliorare la % di codici verdi visitati entro 1 ore e la % di codici verdi non inviati a ricovero che permangono meno di 4 ore	10	X	10	X	10	X	10	X	10			X	10	X	10	X	10	X	10	X	10
10.18	Aderire al programma di formazione a distanza per gli operatori coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne	10	X	10	X	15	X	10	X	10	X	15	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10
10.19	Collaborare alla definizione del nuovo assetto logistico del PS e dei relativi percorsi	10	X	10	X	20	X	10	X	10	X	10			X	10	X	20				
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	5	X	5																		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	X	10																		
14.4	Implementare i ricoveri nei pl assegnati alla struttura secondo l'intensità di cura	10	X	10	X	10	X	10			X	20	X	20	X	10	X	10	X	20	X	20
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel verbale SEI	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	15	15	15
		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100

S.C. Oculistica

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore di SC dott. Stefano Pensiero		dott. Fulvio Parentin		dott. Maurizio Madonia		dott.ssa Laura Diplotti	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	20	X	20	X	20	X	20	X	20
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	X	5			X	20		
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	X	5					X	5
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5	X	20	X	10	X	20
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	X	10			X	20		
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	X	10	X	40			X	10
10.5	Screening neonatali: diffondere ed applicare le procedure regionali	10	X	10					X	10
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg.	5	X	5	X	5	X	5	X	5
10.8	Valorizzare l'attività di diagnostica avanzata	5	X	5	X	5	X	5	X	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10	X	5	X	10	X	10
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e nella cartella informatizzata	5	X	5	X	5	X	10	X	10
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	X	10						
		100		100		100		100		100

S.S.D. Odontostomatologia

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Responsabile SSD prof.ssa Milena Cadenaro		Dirigente medico dott.ssa Laura Godina		Dirigente medico dott.ssa Chiara Navarra		Dirigente medico dott.ssa Maddalena Chermetz	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	10	X	10	X	10	X	10	X	10
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	X	5						
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5	X	5	X	5	X	5
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	X	10	X	5			X	5
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	X	10			X	20		
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	X	5						
10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali	5	X	5	X	10	X	10	X	10
10.13	Odontoiatria pubblica	25	X	25	X	30	X	30	X	30
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10	X	5				5
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	5	X	5	X	15	X	5	X	15
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa	10	X	10	X	20	X	20	X	20
		100		100		100		100		100

SC CHIRURGIA

ID	Obiettivo	peso obvs struttura	Direttore di SC dott. Jorgen Schleef		Dirigente medico dott.ssa Codrich		Dirigente medico dott.ssa Scarpa		Dirigente medico dott.ssa Pederiva		Dirigente medico dott.ssa Lembo		Dirigente medico dott. Guida		Dirigente medico dott.ssa Cerrina		Dirigente medico dott.ssa laquinto		Dirigente medico dott. Boscarelli	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	5	x	5	x	5	x		x	10			x	10	x	10	x	5	x	10
2.2	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici	10	x	10	x	5			x	5			x	10	x	10			x	10
3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	5	x	5							x	15	x	10	x	10			x	10
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	x	5	x	10	x	5	x	5	x	5			x	10	x	5	x	10
3.9	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico.	5	x	5			x	5					x	10	x	10			x	10
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5	x	20	x	10	x	30							x	5		
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	30	x	20	x	40	x	20	x	20			x	5		
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	5	x	5									x		x	20	x	5	x	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	x	10	x	10					x	5								
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	5							x	10		10			x	5		
10.8	Migliorare la qualità dei flussi informativi ministeriali	5	x	5			x	5	x	10	x	10	x	20						
10.14	partecipare alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza urinaria	10	x	10	x	10	x	50									x	60		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10							x	10								
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e cartella informatizzata	5	x	5							x	25			x	20			x	20
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	10	x	10	x	5	x				x	10	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100

S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC dott.ssa Eva Orzan		dr. Enrico Muzzi		dr. Domenico Leonardo Grasso		dr.ssa Paola Staffa		Dr.ssa Veronica Castro	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	10	x	10					x	40	x	20
2.2	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici	10	x	10	x	40					x	5
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	10	x	10					x	30	x	10
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	x	5								
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	40						
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	x	10					x	20	x	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	x	10			x	30	x	10	x	20
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	5			x	10				
10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali	5	x	5			x	30			x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10			x	30			x	10
15.1	Migliorarere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	10	x	10	x	20					x	5
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa	10	x	10								
		100		100		100		100		100		100

S.C. Ortopedia e Traumatologia

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore di SC dott. Marco Carbone		Dott.ssa V. Di Carlo		Dott. L. Odoni		Dott. M. Rozzo		Dott.ssa F. Vittoria		Dott.ssa V. Maestri	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	10	X	10			X	5	X	5			x	5
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	10	X	10	X	20	X	20					x	20
3.9	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico	10	X	10							X	20		
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	X	5	X	5					X	5		
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5	X	20	X	20	X	10	X	20	x	20
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	5	X	5	X	15								
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	X	10			X	15	X	25			x	15
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg.	5	X	5										
10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali	5	X	5	X	20	X	20	X	20	X	20	x	20
10.24	Rivedere il percorso degli utenti della Sala Gessi	10	X	10					X	20				
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10							X	15		
15.1	Migliorarere l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	5	X	5	X	15	X	15	X	15	X	15	x	15
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita' resa	10	X	10	X	5	X	5	X	5	X	5	x	5
		100		100		100		100		100		100		100

SC NEONATOLOGIA

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore di SC Dott. Francesco Maria Riso		Bovedani		Bua		Cont		Pavan	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5			x	20	x	20	x	5
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	5	x	20	x	20	x	5
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	x	10	x	15	x	5				
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	x	10	x	10			x	5	x	10
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	5	x	5					x	5		
10.1	Percorso nascita. Proseguire e consolidare le attività sui percorsi nascita	5	x	5					x	10		
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	5	x	5					x	5	x	10
10.12	Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce.	5	x	5	x	15	x	5	x	20	x	10
10.22	Patologia sindromica malformativa perinatale: predisporre ed inviare alla DCS una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi	10	x	10	x	15			x	5	x	10
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	5	x	5			x	10				
11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale	10	x	10			x	20				
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10	x	20	x	10			x	20
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale.	5	x	5	x	20	x	10	x	10	x	10
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività	10	x	10							x	20
		100		100		100		100		100		100

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Nider		Pirrone		Starc		Trappan		Travan		Bibalo	
			assegnazione	peso										
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	x	5			x	10	x	5	x	10	x	10
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5			x	15	x	5	x	10		
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10									x	20		
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	x	10	x	10			x	25				
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	5					x	15			x	10		
10.1	Percorso nascita. Proseguire e consolidare le attività sui percorsi nascita	5					x	10			x	10		
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	5	x	10	x	10			x	10			x	10
10.12	Analisi di approfondimento delle gravidanze in eta' precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialita' precoce.	5	x	10	x	10	x	5					x	10
10.22	Patologia sindromico malformativa perinatale: predisporre ed inviare alla DCS una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi	10	x	10	x	10					x	20	x	10
11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	5					x	20			x	10		
11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale	10			x	10			x	15			x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	20	x	20	x	10	x	20			x	20
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale.	5	x	10	x	10	x	10	x	20		10	x	10
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività	10	x	20	x	20	x	5					x	20
		100		100		100		100		100		100		100

SC Anestesia e rianimazione

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC Dott.ssa Raffaella Sagredini		Dott.ssa Clara Dell'oste		Dott. Fabio Savron		Dott.ssa Elena Paternostro		Dott. Diego Morri		Dott.ssa Paola Mergoni		Dott.ssa Annarita Vidoni	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	X	5	x	20					x	20	x	10	x	20
3.10	Rischio clinico: sicurezza del percorso chirurgico	10	X	10	x	20					x	20	x	10	x	10
3.13	Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMONET)	5	X	5			x	10	x	10	x	10	x	10	x	5
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	X	5							x	5				
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5	x	10	x	5	x	10	x	10				
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	X	10			x	5	x	5			x	10	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	X	10	x	10	x	20								
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	5	X	5					x	20						
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg	5	X	5	x	5	x	5							x	5
10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali	5	X	5			x	5	x	5	x	5				
10.10	Terapia del dolore: rispettare i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi e promuovere le attività dell'ambulatorio del dolore sul sito istituzionale.	5	X	5	x	10			x	10			x	20		
11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale	5	X	5			x	10					x	10	x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale	5	X	5	x	5	x	10	x	20	x	10	x	10	x	10
16.7	Aumentare le sedute operatorie rispetto all'attività pianificata	10	X	10	x	10	x	20	x	10	x	10	x	10	x	20
		100		100		100		100		100		100		100		100

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Dott.ssa Angela Pittalis		Dott. Alessandro Cecchi		Dott.ssa Rosanna Meleleo		Dott.ssa Liliana Pasa		Dott. Doron recanati		Dott.ssa Giuliana Sternissa		Dott. Riccardo Pinzan	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	x	20	x	10			x	20	x	20	x	20	x	20
3.10	Rischio clinico: sicurezza del percorso chirurgico	10	x	5	x	20			x	10	x	10	x	20	x	20
3.13	Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMONET)	5	x	10			x	20	x	5			x	5		
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	x	5												
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	20	x	5	x	5	x	5						
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	x	10	x	5	x	5			x	10	x	20	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10					x	10	x	10	x	10				
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	5			x	10					x	10				
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg	5														
10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali	5					x	10							x	10
10.10	Terapia del dolore: rispettare i tempi di attesa per la prima visita analgica nel 90% dei casi e promuovere le attività dell'ambulatorio del dolore sul sito istituzionale.	5							x	10						
11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale	5	x	5	x	10	x	20			x	10			x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10	x	10	x	20	x	10	x	10	x	20		
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale	5	x	5	x	10	x	10	x	10	x	10	x	5	x	10
16.7	Aumentare le sedute operatorie rispetto all'attività pianificata	10	x	10	x	20	x	10	x	20	x	10	x	10	x	20
		100		100		100		110		100		100		100		100

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Dott.Christian Benedetti		Dott.ssa Gaia BregantD		Dott.ssa Silvia Tisato		Dott.ssa Alessia Saccari		Dott.ssa Maria Cardone		Dott.ssa Laura Pastorello	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	x	10	x	20	x	10			x	5	x	10
3.10	Rischio clinico: sicurezza del percorso chirurgico	10	x	10	x	20					x	10	x	10
3.13	Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMONET)	5	x	10			x	10	x	5	x	5	x	5
4.1	Incrementare l'attivit� internazionale dell'IRCCS	5					x	10	x	20	x	5		
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	10	x	10	x	20	x	5	x	5
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10									x	10	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10			x	20			x	10	x	10	x	10
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	5	x	5									x	10
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg	5							x	10	x	5		
10.8	Migliorare la qualita' dei flussi informativi ministeriali	5	x	10										
10.10	Terapia del dolore: rispettare i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi e promuovere le attivit� dell'ambulatorio del dolore sul sito istituzionale.	5					x	20			x	10	x	10
11.4	Realizzare corso base di rianimazione neonatale	5			x	10			x	5	x	10	x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	20			x	10			x	10	x	10
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale	5	x	10	x	10	x	20	x	10	x	5		
16.7	Aumentare le sedute operatorie rispetto all'attivit� pianificata	10	x	20	x	10	x	10	x	20	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100

SCR Fisiopatologia della riproduzione umana e PMA

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC Prof. Giuseppe Ricci		Dr. Francesco De Seta		Dr. Leo Fischer-Tamaro		Dr.ssa Kristina Skerk		Dr.ssa Gabriella Zito		Dr.ssa Rita Boscolo		Dr.ssa Daniela De Rocco		Dr.ssa Monica Martinelli	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	x	5	x	20			x	10	x	10						
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	20	x	10	x	20	x	20	x	10	x	15	x	15
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	5	x	5			x	5	x	5			x	5	x	5		
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	10	x	10			x	10					x	20	x	15	x	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	5	x	5	x	5	x	20			x	10	x	20	x	20	x	20
8.5	Mantenere la certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO	15	x	15	x	15	x	20	x	25	x	20	x	20	x	20	x	20
10.4	Predisporre un programma di prevenzione dell'infertilita' femminile e maschile in collaborazione con unita' PMA della regione	10	x	10	x	20			x	15	x	15						
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg	5	x	5														
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale	10	x	10			x	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	5
15.4	Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico	10	x	10			x	10										
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attivita'	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100		100		100

S.S.D.R. Medicina fetale e Diagnostica Prenatale

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore di SC Prof.ssa Tamara		Fantasia		Quadifoglio		Barresi		LoBello		Tropea		Inglese	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	10	x	10	x	10	x	10	x	20	x	20	x	20	x	20
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5	x	30	x	30								
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	30	x	30								
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	5	x	5					x	10	x	30	x	10	x	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	x	10							x	10	x	10	x	10
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	10	x	10					x	10			x	20	x	20
10.1	Percorso nascita. Proseguire e consolidare le attività sui percorsi nascita	5	x	5					x	30			x	10	x	10
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	5	x	5					x	10	x	10				
10.22	Patologia sindromico malformativa perinatale: predisporre ed inviare alla DCS una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi	15	x	15	x	10	x	10								
11.5	Partecipare al corso di formazione specifico per le attività di screening e diagnosi prenatale	10	x	10	x	10	x	10			x	10	x	10		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10	x	5	x	5	x	10	x	10	x	10	x	10
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività	10	x	10	x	5	x	5	x	10	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100		100

SSD Gravidanza a rischio

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore di SC Dott. Gianpaolo Maso		Dirigente A Dott.ssa Maria Bernardon		Dirigente B Dott.ssa Caterina Businelli		Dirigente C Dott.ssa Monica Piccoli		Dirigente D Dott.ssa Nicoletta Santangelo		Dirigente E Dott.ssa Alice Sorz	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	5	x	5	X	5	x	10	x	10	X	10	X	5
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	X	5	X	10	X	10	X	10	X	10	X	5
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	X	5			X		X	5				
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5					X	5				
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	5	X	5	X	5	X	5	X	5	X	5	X	5
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	X	10	X	5					X	5	X	5
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	5	X	5							X	10		
10.1	Percorso nascita. Proseguire e consolidare le attività sui percorsi nascita	5	X	5	X	5	X	5						
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	5	X	5										
10.12	Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce.	5	X	5	X	10	X	5			X	5	X	10
10.21	Tagli cesarei: rispettare le soglie e rendicontare alla DCS.	5	X	5	X	10	X	10	X	5	X	10	X	10
10.22	Patologia sindromico malformativa perinatale: predisporre ed inviare alla DCS una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10
11.3	Simulazione avanzata per la gestione delle emergenze ostetriche: realizzare corsi di formazione per promuovere e migliorare la qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nelle sale parto regionali. Rendere uniformi competenze tecniche e qualificazione professionale del team dei punti nascita di I e II livello in FVG nella gestione delle emergenze ostetriche.	10	X	10					X	10			X	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10	X	15	X	15	X	15	X	15	X	15
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale. VALUTATO L'APPORTO INDIVIDUALE	5	X	5	X	15	X	20	X	20	X	10	X	15
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività	5	X	5	X	10	X	10	X	5	X	10	X	10
		100		100		100		100		100		100		100

SCU Clinica Ostetrica e Ginecologica

ID	Obiettivo	peso obvs struttura	Direttore di SC Prof. Giuseppe Ricci		Dr. Paolo Bogatti		Dr. Carlo Bouché		Dr. Francesca Buonomo		Dr. Davide De Santo		Dr. Giovanni Di Lorenzo		Dr. Francesco Mangino		Dr. Federico Romano		
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	
2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	5	x	5	x	10			x	10	x	5							
2.2	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	5	x	5							x	10	x	10	x	15	x	15	
3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	5	x	5	x	10			x	5			x	5					
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	x	5				x	5				x	10			x	10	
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5	x	5		x	5	x	20	x	10	x	10	x	10	x	10
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	5		x	5	x	20	x	10	x	15	x	10	x	10
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	5	x	5						x	5			x	5				
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	x	10	x	10		x	10	x	5	x	5	x	10	x	15		
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	5	x	5	x	5		x	5										
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	5	x	5	x	10				x	5								
10.8	Migliorare la qualità dei flussi informativi ministeriali	5	x	5								10	x	5	x	10	x	10	
10.14	Incontinenza urinaria: partecipare alla stesura e all'implementazione del PDTA	5	x	5	x	10							x	10			x	10	
10.17	Predisporre PDTA endometriosi	5	x	5						10			x	10			x	10	
10.21	Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS.	5	x	5	x	10		x	40			x	10			x	5		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10	x	10		x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale	5	x	5	x	5		x	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	5
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività	10	x	10	x	10		x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100		100		100	

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Dr. Andrea Sartore		Dr. Guglielmo Stabile		Dr. Uri Wiesenfeld	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	5	x	5	x	10	x	20
2.2	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	5	x	10				
3.7	Rischio clinico: antimicrobial stewardship	5			x	10	x	10
3.8	Rischio clinico: ripetizione della sorveglianza sulle buone pratiche comportamenti nel Blocco operatorio	5	x	10				
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	10	x	10	x	10
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	10	x	10	x	10
8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	5	x	10	x	10	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10					x	15
8.7	Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita	5						
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg., secondo la procedura dell'URP.	5			x	5		
10.8	Migliorare la qualità dei flussi informativi ministeriali	5						
10.14	Incontinenza urinaria: partecipare alla stesura e all'implementazione del PDTA	5	x	20				
10.17	Predisporre PDTA endometriosi	5			x	10		
10.21	Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS.	5			x	10		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10	x	10	x	10
15.1	Migliorare/mantenere l'utilizzo della firma digitale	5	x	5	x	5	x	5
16.1	Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività	10	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100

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

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC prof.ssa Manola Comar		V. PETIX		S. CROVELLA	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.5	Attivare un programma di sorveglianza ambientale cc	10	x	10				
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5			x	30
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	10	x	40
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	10	x	10	x	40	x	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	x	10	x	5		
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	5	x	5		
10.26	Definire e progettare il percorso per l'attivazione del trapianto di feci	10	x	10				
10.27	Revisione della logistica delle attività dell'IRCCS	10	x	10	x	10		
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	10	x	10	x	10
16.2	Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rispetto all'anno 2019	10	x	10	x	20		
16.4	Valorizzare l'attività di diagnostica avanzata	15	x	15				
		100		100		100		100

S.C. Genetica Medica

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore di SC prof. Paolo Gasparini		Dott.ssa Antonella Fabretto Dirigente medico		Dott. Flavio Faletra Dirigente medico		Dott. Fabio Sirchia Dirigente medico		Dott.ssa Carmela Ardisia Dirigente sanitario		Prof. Adamo Pio D'Adamo Dirigente sanitario	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	5	x	10	x	10	x	10			x	5
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	5	x	5	x	5			x	5
6.1	Innovazione terapeutica. Definire i percorsi aziendali per la somministrazione del CAR-T	5	x	5	x	10	x	30	x	10				
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	10	x	10							x	20	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	5	x	5	x	10	x	5	x	10				
8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ISO 15189	10	x	10							x	20	x	20
8.12	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione AIFA per sperimentazione di FASE 1	5	x	5	x	10	x	20	x	20				
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	5							x	10	x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	5	x	5	x	20	x	10	x	5				
16.2	Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rispetto all'anno 2019	10	x	10	x	25	x	10	x	30	x	10	x	20
16.4	Valorizzare l'attività di diagnostica avanzata	10	x	10							x	10	x	20
16.5	Internalizzare le prestazioni di citogenetica	15	x	15							x	20		
		100		100		100		100		100		100		100

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Dott.ssa Giorgia Girotto Dirigente sanitario		Dott. Marcello Morgutti Dirigente sanitario		Prof.ssa Anna Savoia Dirigente sanitario		Dott. Giovanni Maria Severini Dirigente sanitario		Dott.ss Sheila Ulivi Dirigente sanitario	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
4.1	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	5	x	10			x	10				
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	20			x	20	x	5	x	5
6.1	Innovazione terapeutica. Definire i percorsi aziendali per la somministrazione del CAR-T	5										
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	10	x	5	x	20	x	20	x	20	x	10
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	5			x	10			x	10		
8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ISO 15189	10	x	5	x	20	x	30	x	15	x	20
8.12	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione AIFA per sperimentazione di FASE 1	5									x	5
10.7	Predisporre la risposta ai reclami entro 10gg	5	x	10	x	10			x	10	x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 clinico e lettera di dimissione	5										
16.2	Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rispetto all'anno 2019	10	x	10	x	20	x	10	x	20	x	10
16.4	Valorizzare l'attività di diagnostica avanzata	10	x	30	x	10			x	10	x	10
16.5	Internalizzare le prestazioni di citogenetica	15									x	20
		100		100		100		100		100		100

SC RADIOLOGIA PEDIATRICA

ID	Obiettivo	peso obv struttura	Direttore di SC Claudio Granata		Dott.ssa Lidye Ammar		Dott.ssa Elisabetta Cattaruzzi		Dott.ssa Daniela Sanabor		Dott.ssa Flora MariaMurru		Dott.ssa Anita Spezzacatene	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
2.1	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	20	x	20	x	15	x	15	x	15	x	15	x	15
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	5
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	5
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	10	x	5
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	10	x	5
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg.	5	x	5	x	5			x	5	x	5	x	5
10.24	Rivedere il percorso degli utenti della Sala Gessi	5	x	5	x	10	x	5	x	5	x	5	x	5
10.25	Uniformare la gestione della refertazione a distanza	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	5	x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10	x	10	x	15	x	10	x	10	x	10
15.1	Migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	5	x	10
15.3	Sviluppo e operativita' del sistema di tele-refertazione	5	x	5	x	5	x	5	x	10	x	5	x	5
16.2	Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rese rispetto all'anno 2019	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10	x	10
16.4	Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata	10	x	10	x	10	x	15	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100		100		100

S.C. R Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Prof. Paolo Gasparini		Prof.ssa Giuliana Decorti Dirigente medico		Dott. Riccardo Addobbati Dirigente sanitario		Dott. ssa Daniela Mazzà	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
4.1	Incrementare l'attivit� internazionale dell'IRCCS	5	x	5						
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	x	5	x	10			x	5
6.1	Definire i percorsi aziendali per la somministrazione della terapia CAR-T	10	x	10	x	10	x	10	x	5
8.2	Mantenere ed estendere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	10	x	10	x	10	x	20	x	20
8.3	Mantenere e superare il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza	10	x	10						
8.11	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione ACCREDIA ISO 15189	15	x	15	x	10	x	20	x	20
8.12	Avviamento dei lavori per l'ottenimento della certificazione AIFA per la sperimentazione di FASE 1	10	x	10	x	10				
10.7	Predisporre la risposta ai reclami ricevuti dalla Struttura entro 10 gg.	5	x	5	x	10	x	10	x	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	x	10	x	10	x	10	x	10
16.2	Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rispetto all'anno 2019	10	x	10	x	20	x	20	x	20
16.4	Valorizzare l'attivit� di diagnostica avanzata	10	x	10	x	10	x	10	x	10
		100		100		100		100		100

SCR EPIDEMIOLOGIA CLINICA e RICERCA SUI SERVIZI SANITARI

ID	Obiettivo	peso ob struttura	Direttore di SC Dott. Luca Ronfani		Dirigente A Dott.sa Marzia Lazerini		Dirigente B Dott. Lorenzo Monasta		Dirigente C Dott.sa Manuela Giangreco		Dirigente D Dott.sa Valentina Rosolen	
			assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso	assegnazione	peso
3.6	Proseguire nella divulgazione del codice internazionale dei sostituti del latte materno	10	X	10	X	5						
4.1	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	5	X	5	X	30						
4.2	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS	5	X	5	X	20	X	20	X	20	X	20
4.3	Coordinare almeno 2 studi di carattere regionale e/o nazionale per migliorare la qualita' delle cure materne infantili, in collaborazione con OMS	10	X	10	X	30						
8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	10	X	10	X	5			X	10	X	10
10.5	Diffusione e applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale	5	X	5			X	10	X	20	X	20
10.16	Disturbi alimentari. Partecipare alla definizione di percorsi di accesso ai Centri Diurni DCA	10	X	10			X	10	X	10	X	10
12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori	10	X	10	X	10	X	10	X	10	X	10
13.2	Mantenere il registro regionale endometriosi	5	X	5			X	10	X	30	X	30
13.3	Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease.	20	X	20			X	40				
14.2	Diffondere il report della rilevazione HBSC realizzata nel 2018	10	X	10								
		100		100		100		100		100		100

Allegato 5

Assegnazione del Budget di risorsa anno 2020

Allegato 6

Rinegoziazione obiettivo di attività anno 2020

Allegato n. 6)

Tabella di sintesi obv 16.1 - Equilibrio di bilancio
Mantenere/incrementare il valore del tariffato dell'attività resa (complessivo degenza e ambulatoriale) vs anno 2018/2019.

Struttura	Annualità intera			Ultimo Trimestre		
	Tariffato attività anno 2018	Tariffato attività anno 2019	Soglia tariffato attività budget anno 2020 (= > 2018/2019)	Tariffato 2018	Tariffato 2019	Soglia tariffato attività budget anno 2020 (= > 2018/2019)
SC Neuropsichiatria Infantile	874.612	896.934	896.934	231.101	261.297	261.297
SCU Clinica Pediatrica	3.530.392	3.377.981	3.530.392	1.314.422	1.175.579	1.314.422
SC Oncoematologia	2.846.350	2.668.442	2.846.350	707.604	843.240	843.240
SC Chirurgia	1.764.116	1.695.803	1.764.116	469.955	459.902	469.955
SC Oculistica	478.500	405.459	478.500	123.613	105.306	123.613
SC Ortopedia	3.333.263	3.102.218	3.333.263	791.308	871.696	871.696
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	1.709.381	1.648.002	1.709.381	394.076	406.702	406.702
SSD Odontostomatologia	396.412	413.496	413.496	83.504	99.354	99.354
SC Neonatologia	3.090.409	3.125.866	3.125.866	832.885	862.143	862.143
SCU Clinica Ostetrico Ginecologica	4.676.759	4.951.817	4.951.817	1.326.808	1.410.377	1.410.377
S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e P.M.A.	1.091.170	1.141.617	1.141.617	196.782	229.191	229.191
S.S.D. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	619.080	648.436	648.436	149.634	158.352	158.352
SSD Gravidanza a rischio	3.469.859	3.459.105	3.469.859	1.005.676	901.928	1.005.676

Fonte SDO / Fonte CUPweb

Tabella di sintesi obv 16.2 - Equilibrio di bilancio
Mantenere/incrementare i volumi delle prestazioni rese dalla struttura rispetto all'anno 2019.

Struttura	Volumi attività anno 2018	Volumi attività anno 2019	Soglia volumi attività budget anno 2020 (= > 2019)	totale Ultimo Trimestre 2018	totale Ultimo Trimestre 2019
	SC Genetica Medica	10.290	11.592	11.592	2.634
SC Radiologia Pediatrica	6.572	6.664	6.664	1.018	1.033
SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	28.938	39.272	39.272	7.802	7.939
SSDR Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	8.780	10.296	10.296	2.774	2.510

Fonte CUPweb

Allegato 7

Obiettivo tempi d'attesa

Tempi di attesa
Prestazioni oggetto di monitoraggio

Elenco delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ed erogate dall'I.R.C.C.S Burlo Garofolo

VISITE SPECIALISTICHE

N.ro	Prestazione	Codice Nomenclatore FVG	Priorità B gg	Priorità D gg	Priorità P gg
1	Prima Visita cardiologica	89.7A.3	10	30	120
2	Prima Visita endocrinologica	89.7A.8	10	30	120
3	Prima Visita neurologica	89.13	10	30	120
4	Prima Visita oculistica	95.02	10	30	120
5	Prima Visita ortopedica	89.7B.7	10	30	120
6	Prima Visita ginecologica	89.26	10	30	120
7	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7B.8	10	30	120
8	Prima Visita urologica	89.7C.2	10	30	120
9	Prima Visita dermatologica	89.7A.7	10	30	120
10	Prima Visita gastroenterologica	89.7A.9	10	30	120
11	Prima Visita oncologica	89.7B.6	10	30	120
12	Prima Visita pneumologica	89.7B.9	10	30	120

PRESTAZIONI STRUMENTALI

N.ro	Prestazione	Codice Nomenclatore FVG	Priorità B gg	Priorità D gg	Priorità P gg
<i>Diagnostica per Immagini</i>					
13	TC del Torace	87.41	10	60	120
14	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	10	60	120
15	TC dell'addome superiore	88.01.1	10	60	120
16	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	10	60	120
17	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	10	60	120
18	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	10	60	120
19	TC dell'addome completo	88.01.5	10	60	120
20	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	10	60	120
21	TC Cranio - encefalo	87.03	10	60	120
22	TC Cranio - encefalo senza e con MDC	87.03.1	10	60	120
23	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.A	10	60	120
24	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.B	10	60	120
25	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.C	10	60	120
26	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.D	10	60	120
27	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.E	10	60	120
28	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	10	60	120
29	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	10	60	120
30	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione	88.91.1	10	60	120

	cranio spinale e relativo distretto vascolare				
31	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	10	60	120
32	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	10	60	120
33	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	10	60	120
34	RM della colonna in toto	88.93	10	60	120
35	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	10	60	120
36	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	10	60	120
37	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	10	60	120
38	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	10	60	120
39	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	10	60	120
40	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	10	60	120
41	Ecografia ostetrica	88.78	10	60	120
42	Ecografia ginecologica	88.78.2	10	60	120
Altri esami Specialistici					
43	Elettrocardiogramma	89.52	10	60	120
44	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	10	60	120
45	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	10	60	120
46	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	10	60	120
47	Esame audiometrico tonale	95.41.1	10	60	120
48	Spirometria semplice	89.37.1	10	60	120
49	Spirometria globale	89.37.2	10	60	120
50	Fotografia del fundus	95.11	10	60	120
51	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE.	93.08.1	10	60	120
52	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	93.08.1	10	60	120
53	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	93.08.1	10	60	120
54	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	93.08.1	10	60	120

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio dall'I.R.C.C.S Burlo Garofolo

N.ro	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM	Priorità A gg
1	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82	30
2	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0	30
3	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x	30
4	Biopsia percutanea del fegato	50.11		30
5	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x		30

Allegato 8

Referenti linee progettuali 2020

LINEA PROGETTUALE 2020	DIRETTORE DI AREA	REFERENTE AZIENDALE
3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE		
3.1.1. Nuovi atti aziendali	DA	Giove
3.1.2. Assistenza territoriale	DS	Percorso nascita: Urriza Gravidanza fisiologica: Urriza Odontoiatria pubblica: Russian DCA e salute mentale: Russian
3.1.4. Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni	DS	DS/ Fari
3.1.6. Innovazione terapeutica	DS	Arbo/ Rabusin
3.1.7 Sicurezza	DS	Russian (e rischio clinico)
3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA		
3.2.1. Piano regionale prevenzione 2020 -2025	DS	
3.2.3. Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia		Urriza
3.2.4 Infertilità	DS	Ricci
3.2.5. Gli screening neonatali	DS	Urriza
3.2.6. Prevenzione degli incidenti domestici	DS	Russian (e Carosi)
3.2.8. Promozione della salute nei luoghi di lavoro	DS	Russian
3.2.9. Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza	DS	Ronfani
3.2.11. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e Piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).	DS	Russian/Petretic
3.2.12. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile	DS	Urriza
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA		
3.3.1 Assistenza distrettuale	DS	
3.3.2 Assistenza Protesica	DS	
3.3.3 Disturbi dello Spettro Autistico	DS	Russian/ Carrozzi
3.3.4 Salute mentale	DS	Russian/ Carrozzi
3.3.5 Disturbi del comportamento alimentare	DS	Russian/ Carrozzi / Ronfani per Osservatorio
3.3.6 Cure palliative e terapia del dolore	DS	Sagredini/Russian
3.3.7 Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica	DS	Barbi/ De Zen Russian
3.3.8 Consultori familiari	DS	Urriza/ Ricci / Verardi
3.3.11 Odontoiatria pubblica	DS	Russian / Cadenaro
3.3.12 Accreditamento	DS	Danielli
3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA		
3.4.1 Tetti spesa farmaceutica	DS	Arbo

3.4.2 Appropriata prescrivita	DS	Arbo
3.4.4 Appropriata prescrivita. Indicatori in ambito territoriale	DS	Arbo
3.4.5 Biosimilari	DS	Arbo
3.4.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	DS	Arbo
3.4.7 Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali	DS	Arbo
3.4.8 Assistenza integrativa	DS	Arbo
3.4.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	DS	Arbo/ Vardabasso
3.4.10 Farmacovigilanza	DS	Arbo
3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA		
3.5.4 Minori	DS	Continuità assistenziale Cragolin
3.5.5 Salute mentale	DS	Russian/ Carrozzi
3.5.6 Dipendenze	DS	Russian/ Carrozzi
3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA		
3.6.1. Governo clinico e reti di patologia	DS	Russian/Urriza
3.6.2. Emergenza urgenza	DS	Indicatori ok/ violenza sulle donne: Russian/ Germani/Ricci
3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera	DS	Vardabasso Controlli appropriatezza: Fari/ DMP
3.6.4. Trapianto e donazione	DS	Russian
3.6.5. Percorso nascita	DS	Urriza
3.6.6 Pediatria	DS DA	Area emergenza - urgenza: Russian/Germani Telerefertazione: Russian/ Murru Farmaci galenici pediatrici: Urriza/ Arbo Carta dei servizi: Fontanot
3.6.7. Sangue ed emocomponenti	DS	Urriza
3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	DS	Rischio clinico (Russian/Urriza)
3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	DS	Russian
3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI		
3.7.1. Tempi di attesa	DS	Fari
3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapia	DS	Arbo
3.7.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero	DS	Urriza/ Dir Professioni (Bicego)
3.8 FLUSSI INFORMATIVI		
3.8.2. Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi,	DS	Vardabasso

epidemiologici e gestionali		
4 IL SISTEMA INFORMATIVO		
4.1 RINNOVAMENTO SISTEMI		
4.1.2 Sistema informativo contabile e economato	DA	Carlevaris/ Rachelli
4.1.3 Sistema informativo del personale	DA	Carlevaris/ Petrazzi
4.1.4 Cartella clinica ospedaliera	DS	Danielli
4.2 DIGITALIZZAZIONE		
4.2.1 Ricetta dematerializzata	DA	Arbo
4.2.2 Firma digitale	DA	Carlevaris/ Programmazione e controllo
4.2.3 Fascicolo sanitario elettronico	DA	Decorti (formazione)
4.3 INTEGRAZIONE DEI SISTEMI	DA	Carlevaris/ Barbagli
4.4. ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI	DA	Carlevaris/ Barbagli
4.5 PRIVACY SISTEMA	DA	Carlevaris/ Bava / Danielli
4.6 PACS REGIONALE IN SANITA'	DA	Barbagli/ Murru

Allegato 9

Investimenti anno 2020

Allegato n. 9)

INVESTIMENTI ANNO 2020

Dipartimento di Pediatria

Codice	Struttura Complessa	Descrizione richiesta	Quantita	costo presunto
20180063	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Aggiornamento sistema Holter ECG	1	20.000,00
20190127	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Apparecchio per la tosse e percussione	1	8.500,00
20190042	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Armadio aspirato di stoccaggio gastroscopi	1	22.573,66
20190126	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Armadio reparto - DONAZIONE	1	1.647,00
20190085	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Cytation 5 Cell Imaging Multi-Mode Reader + BioSpa 8 Automated Incubator + Dispensatore/Lavatore per piastre EL406	1	334.999,80
20190112	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Ecotomografo portatile per reumatologia	1	26.901,00
20200009	SC Universitaria Clinica Pediatrica	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.1 UMIDIFICATORI AIRVO	1	4.270,00
20200016	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Letto per visite e procedure bobath	1	2.200,00
20180106	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Spirometro portatile	1	1.098,00
20190098	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Videogastroscopio pediatrico e Videogastroscopio - sostituzione per guasto non riparabile	2	23.082,00
20190142	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Cemera ZEISS per microscopio	1	9.394,00
20200038	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Carrello emergenza PS posto isolato	1	1.424,96
20180086	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.2 UMIDIFICATORI AIRVO	2	8.540,00
20200001	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Pulsossimetri palmari	1	366,00
20200014	SC Oncematologia	Cappa isolatore per la preparazione di antitumorali	1	61.000,00
20190047	SC Oncematologia	Frigocongelatore per farmaci	1	3.660,00
20200049	SC Neuropsichiatria Infantile	EMERGENZA COVID19 - PC portatili e webcam	1	4.526,00

Dipartimento di Chirurgia

Codice	Struttura Complessa	Descrizione richiesta	Quantita	costo presunto
20190036	SC Chirurgia	Apparecchiatura per Urodinamica e Manometria	1	50.000,48
20190099	SC Chirurgia	Lampada scialitica mobile	1	3.000,00
20200010	SC Chirurgia	Monitor per saturazione e NIBP	1	1.830,00
20190001	SC Chirurgia	Tavolo Operatorio	1	90.000,00
20180099	SC Oculistica	Frontofocometro automatico	1	3.074,40
20190092	SC Oculistica	Lampada a fessura	1	20.000,00
20180070	SC Ortopedia e Traumatologia	Trapano chirurgico per ortopedia	1	12.000,01
20200008	SC Ortopedia e Traumatologia	Trapano micromotore per interventi di scoliosi	1	6.000,00
20180084	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Audiometro clinico	1	30.000,00
20190040	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Otoscopi LED	5	2.501,00
20200013	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Polisonnografo	1	7.320,00
20190128	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Trapani chirurgici per sala ORL	1	14.500,01
20190120	SSD Odontostomatologia	autoclave 18L	1	4.880,00
20180101	SSD Odontostomatologia	dispositivo piezoelettrico per chirurgia orale	1	5.856,00
20180123	SSD Odontostomatologia	due lampade fotopolimerizzatrici LED	2	2.196,00
20190121	SSD Odontostomatologia	manipolo chirurgico dritto SO	2	2.318,00
20180116	SSD Odontostomatologia	Manipolo contrangolo moltiplicatore anello rosso	12	8.784,00
20180126	SSD Odontostomatologia	monitor NIBP + saturazione	1	1.922,72
20180119	SSD Odontostomatologia	Motore endodontico digitale	1	1.830,00
20180108	SSD Odontostomatologia	Radiografico ad alta frequenza di ultima generazione portatile	1	3.782,00
20180095	SSD Odontostomatologia	riunito odontoiatrico a carrello	1	9.760,00
20180089	SSD Odontostomatologia	Scanner per film ai fosfori	1	6.563,60
20180112	SSD Odontostomatologia	seggiolini assistente	5	3.233,00
20180111	SSD Odontostomatologia	seggiolini operatore	5	2.867,00
20180118	SSD Odontostomatologia	Sistema integrato per otturazione tridimensionale del canale radicolare	1	2.196,00
20190087		Autoclave da SO blocco operatorio	1	40.000,14
20190043		Barella trasporta pazienti	1	2.049,60
20180045		Lavaferri blocco operatorio	1	12.000,01

Codice	Struttura Complessa	Descrizione richiesta	Quantita	costo presunto
Dipartimento Materno Neonatale e delle Terapie Intensive				
Codice	Struttura Complessa	Descrizione richiesta	Quantita	costo presunto
20190049	SC Anestesia e Rianimazione	Apparecchi di anestesia	4	140.300,00
20200023	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID 19 - FORNITURA N.6 STAZIONI DI IMPILAGGIO 7 POSTI	6	8.052,00
20200027	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI ECOTOMOGRFO PORTATILE SONOSITE II CON SONDE	1	40.260,00
20200028	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI FRIGORIFERO FARMACI KBPR 400V HTS	1	3.084,16
20200031	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI LAMPADA SCIALITICA MARTIN MARLED E3	1	3.348,90
20200032	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.1 ARMADIO FARMACI	1	1.322,48
20200019	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.1 UMIDIFICATORI AIRVO	1	4.270,00
20200033	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.2 CARRELLI (CICLONE MEDIUM 711 E COMFORT PLUS) PER MEDICAZIONE/TERAPIA	2	2.771,84
20200030	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.2 DEFIBRILLATORI LIFEPAK 15 CON ACCESSORI	2	41.122,54
20200026	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.2 LETTI DA TERAPIA INTENSIVA ELEGANZA 3XC	2	7.776,28
20200024	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.2 LETTI TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA HORIZON 4.0 PRECISION	2	18.056,00
20200020	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.2 UMIDIFICATORI MR850ALU	2	5.443,64
20200018	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.2 VENTILATORI DA TRASPORTO MONNAL T60 CON CONSUMABILI	2	24.156,00
20200025	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.2 VENTILATORI MECCANICI SERVO U	2	57.218,00
20200022	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.4 POMPE SIRINGA PK PLUS PEDIATRICHE	4	6.588,00
20200021	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI N.6 POMPE SIRINGA GUARDRAIL PLUS	6	5.453,40
20200029	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZA COVID19 - FORNITURA DI SISTEMA DI MONITORAGGIO LIFESCOPE CON 6 MONITOR	6	136.155,66
20180039	SC Anestesia e Rianimazione	Letto bilancia	2	10.000,00
20190115	SC Anestesia e Rianimazione	Monitor multiparametrici per sala operatoria	10	144.592,00
20190157	SC Anestesia e Rianimazione	MOST CARE UP - VYGON	1	0,00
20190136	SC Anestesia e Rianimazione	NOLEGGIO 2° MOST CARE UP - VYGON	1	0,00
20190012	SC Anestesia e Rianimazione	POMPE INFUSIONE SIRINGA PROTOCOLLO TCI	4	5.978,00
20190175	SC Anestesia e Rianimazione	Sonda ecografica cardiologica pediatrica	1	6.800,00
20190086	SC Anestesia e Rianimazione	Ventilatori da terapia intensiva	4	105.408,00
20180071	SC Anestesia e Rianimazione	Video-laringoscopia C-MAC MAC #4 e C-MAC D-BLADE	1	35.000,01
20190109	SC Neonatologia	Incubatrici neonatali ibrida	1	29.902,20
20190101	SC Neonatologia	Incubatrici neonatali std	1	14.335,00
20190113	SC Neonatologia	Incubatrici neonatali std	1	14.335,00
20190111	SC Neonatologia	Lampada radiante per parti c/o Cattinara	1	3.660,00
20190117	SC Neonatologia	Mastosuttori	3	4.499,99
20200003	SC Neonatologia	Modulo capnometro per monitor PHILIPS in uso	1	3.538,00
20190091	SC Neonatologia	Monitor multiparametrici per semi intensiva	7	46.116,00
20190144	SC Neonatologia	OSSIDO D'AZOTO - AIR LIQUIDE	2	0,00
20190110	SC Neonatologia	Rianimatore portatile per parti in urgenza c/o Cattinara	1	1.830,00
20190114	SC Neonatologia	Ventilatori da terapia intensiva NEONATALE	1	42.426,00
20190134	SC Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologia	Cardiotocografo con parametri materni	1	12.907,00
20190164	SC Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologia	COLONNA 3D - PROMED	1	0,00
20200044	SC Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologia	COVID19 - Pulsossimetri palmari per OSTETRICA DEGE	2	699,06
20200043	SC Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologia	COVID19 - Pulsossimetri palmari per SALA PARTO	3	1.049,20
20190154	SC Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologia	ECT PER ISTEROSCOPIA - TECHOSP	1	0,00
20180027	SC Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologia	ELETTROBISTURI VIO3	1	27.440,00
20200015	SC Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologia	Pulsossimetri palmari	1	366,00
20200036	SCR Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita	Centrifuga da banco non refrigerata	1	8.540,00
20180065	SSD Gravidanza a Rischio	CENTRALINA PER CARDIOTOCOGRAFI	1	15.000,00
20180014	SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	Ecotomografo diagnosi prenatale alta fascia	1	140.000,00
20180047	SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	Sonde per ecografo E10	1	9.882,00
20190165	SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	USCOM - VEGA	1	0,00

Codice	Struttura Complessa	Descrizione richiesta	Quantita	costo presunto
--------	---------------------	-----------------------	----------	----------------

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica avanzata

Codice	Struttura Complessa	Descrizione richiesta	Quantita	costo presunto
20200034	SC Genetica Medica	Centrifuga refrigerata	1	10.980,00
20190163	SC Genetica Medica	GENIKON - CARIOTIPIZZAZIONE - NIKON	1	0,00
20190140	SC Genetica Medica	GloMax 20/20 Luminometry System b - PROMEGA	1	0,00
20190138	SC Genetica Medica	Nucleofection	1	0,00
20200047	SC Genetica Medica	Server per analisi dati iScan	1	2.342,00
20200048	SC Genetica Medica	server per analisi secondaria e terziaria dati NGS	1	11.571,00
20190156	SC Genetica Medica	SISTEMA 2 PC GENETICA MEDICA - VAR GROUP	2	0,00
20190148	SC Genetica Medica	STAZIONE ROBOTIZZATA - HAMILTON	1	0,00
20200050	SC Genetica Medica	Storage dati NGS	1	86.620,00
20180120	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	Aggitatore a rulli	1	1.999,99
20190046	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	Armadio frigo doppia anta	1	4.880,00
20190044	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	Autocampionatore e forno ad integrazione di HPLC Thermo	1	21.958,78
20200037	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	Centrifuga da banco refrigerata	1	12.200,00
20190151	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	ESTRATTORE DNA - PROMEGA	1	0,00
20200035	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	Microcentrifuga	1	6.100,00
20190045	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	Spazio di testa per GC	1	21.896,56
20190161	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	XCELLIGENCE - CARLI BIOTEC	1	0,00
20190141	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	HPLC	1	0,00
20180026	SCR Radiologia Pediatrica	DETEETTORE PER APPARECCHIO RADIOLOGICO PORTATILE SIEMENS MOBILETT MAX wi-D 35 cm x 43 cm	1	48.000,00
20190038	SCR Radiologia Pediatrica	Lampada scialitica mobile	1	3.000,00
20190147	SSD R Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	IST MICROARRAY - EUROSPTAL	1	0,00

Direzione sanitaria

Codice	Struttura Complessa	Descrizione richiesta	Quantita	costo presunto
20180080	SSD Farmacia	cappa a flusso laminare verticale per camera bianca	1	9.150,00
20190160	SSD Farmacia	ENCAPSULATOR - BUCHI	1	0,00

Allegato 10

Piano assunzioni ed integrazione al Piano triennale dei fabbisogni del personale 2020-2022

RISORSE UMANE

Gli obiettivi assegnati alle strutture risultano correlati e coerenti al numero del personale in forza presso le singole articolazioni dell'IRCCS.

Va premesso che il piano delle assunzioni previsto nel PAO 2020 è stato effettuato ai sensi delle allora vigenti disposizioni nazionali e regionali in materia che prevedevano, quale vincolo per le assunzioni 2020, il rispetto del costo del personale 2004 diminuito dell'1,4%; con l'entrata in vigore della L. 27 dicembre 2019, n. 160 di conversione del così detto DL *Calabria*, il nuovo vincolo previsto per l'esercizio 2020 e da applicarsi anche alle Regioni a Statuto speciale risulta il costo sostenuto per il personale 2018: il predetto vincolo potrebbe subire ulteriori incrementi stabiliti direttamente dalla Regione.

Oltre a ciò, la manovra del personale per l'anno 2020 deve necessariamente tenere in considerazione la particolare situazione emergenziale causata dal Covid-19; ferma restando la garanzia del turn over che avverrà nel corso dell'esercizio, le assunzioni di profili professionali *di sviluppo* ovvero profili professionali *strategici* individuati durante le negoziazioni di budget avranno luogo dopo l'effettivo riavvio delle attività attualmente sospese per l'emergenza sanitaria in corso, nel rispetto dei vincoli nazionali e regionali vigenti sul costo del personale e delle risorse economiche disponibili.

Le assunzioni negoziate e previste, come di seguito elencate, vanno pertanto ad integrare il Piano dei fabbisogni triennale del personale per gli anni 2020-2021-2022:

Ruolo	Piano assunzioni - integrazione piano triennale dei fabbisogni 2020-2021-2022
dirigenza medica	12
dirigenza professionale	1
dirigenza amministrativa	1
comparto sanitario	14
comparto tecnico	4
comparto amministrativo	2
Totale	34