




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

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 172 DEL 29/05/2026

OGGETTO: Assegnazione per l'anno 2026 del budget ai centri di attività.

Sottoscritto dal Direttore Generale

dott.ssa Francesca Tosolini

nominato con Delibera della Giunta Regionale n. 2003 del 20.12.2024

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

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025, approvate in via definitiva con la DGR n. 1507/2025;

atteso che con proprio decreto n. 349 dd. 24/12/2025 è stato adottato, secondo le indicazioni inviate da ARCS, il Piano Attuativo Ospedaliero - PAO 2026, che comprende il bilancio preventivo 2026;

verificato che con proprio decreto n. 17 dd. 30/1/2026 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028;

visto il proprio decreto n. 3 dd. 15/1/2026 con il quale è stato assegnato il budget di risorsa ai centri di risorsa aziendali, secondo le voci e gli importi coerenti con il costo complessivo esposto in sede del Piano Attuativo Ospedaliero (PAO) 2026;

dato atto che le disposizioni del presente provvedimento si applicano anche al personale di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità, sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, come già previsto nel Sistema di Misurazione e valutazione della Performance del 2025 e riproposto anche per l'anno 2026;

ritenuto in primis di individuare i centri di attività aziendali, così come elencati nell'**allegato 1**, facente parte integrante del presente provvedimento, che, rispetto all'atto aziendale vigente (decreto n. 131/2023) rappresentano un'evoluzione verso il nuovo atto aziendale, in corso di adozione, dopo il parere favorevole della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, espresso con decreto n. 26236/GRFVG dd. 15.5.2026, e costituiscono un'aggregazione di articolazioni più funzionale all'espletamento di alcune attività;

preso atto che nel corso delle negoziazioni intervenute fra i responsabili dei centri di attività e la Direzione Strategica, sono stati assegnati gli obiettivi, tenendo conto delle osservazioni rilevate dai singoli responsabili di struttura, per ciascuna delle linee di attività programmate per l'anno 2026, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e della produttività collettiva per il personale di comparto;

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

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

considerato che il provvedimento è presentato dal Responsabile della S.S.D. Programmazione e Controllo che ne attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

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

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

DECRETA

per i motivi e nei termini espressi in parte narrativa:

1. di individuare i centri di attività aziendali per l'esercizio 2026, così come elencati nell'**allegato 1**, facente parte integrante del presente provvedimento;
2. di procedere alla formale approvazione degli obiettivi di attività assegnati ai centri di attività aziendali individuati per l'anno 2026, così come riportati nella tabella riepilogativa allegata al presente provvedimento (**allegato 2**) e comprensivi del personale di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità, sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria;
3. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance", così come previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza (d.Lgs n. 33/2013).

L'onere relativo al presente provvedimento rientra nei fondi contrattuali dell'esercizio 2026 attribuiti al budget di risorsa "SSD Politiche del Personale" e viene imputato al Bilancio d'esercizio nei ruoli del personale:

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

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

IL DIRETTORE GENERALE

dott.ssa Francesca Tosolini

atto firmato digitalmente

ELENCO ALLEGATI:
<ul style="list-style-type: none">• BUDGET 2026

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: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 29/05/2026 16:22:08

IMPRONTA: 65CC4F3BDB8C0A2D273612EDCE45368C6EE61CF51297C4ECEFA3417AA1E96BB2
6EE61CF51297C4ECEFA3417AA1E96BB23AA3B091A5DB398987C0DEC91511C726
3AA3B091A5DB398987C0DEC91511C7262E5BDD1BB415670030F6692BD8E667E
2E5BDD1BB415670030F6692BD8E667E6FAA2CDC94360318F0653B8C698B637E



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Allegato 1

Elenco dei centri di attività 2026

ELENCO CENTRI DI ATTIVITÀ PER L'ANNO 2026

Responsabile

Direzione Generale

SSD	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria	dott.ssa Claudia Carosi
SSD	Programmazione e Controllo	dott.ssa Martina Vardabasso
	Staff della Direzione Generale	dott.ssa Francesca Tosolini

Direzione Sanitaria

SC	Direzione delle Professioni Sanitarie	dott. Marco Tempesta
SC	SC Farmacia	dott.ssa Anna Arbo
SC	Direzione Medica di Presidio	dott. Nelso Trua
	Accreditamento, qualita', e rischio clinico	dott. Nelso Trua
	Gestione prestazioni sanitarie - CUP e sviluppo Sanita' Transfrontaliera	dott. Nelso Trua

Direzione Scientifica

	Direzione Scientifica	prof. Massimo Zeviani
SC R	Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari	dott. Luca Ronfani

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

SC	Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti	dott. Dario Carlevaris
SC	Gestione Economico - Finanziaria	dott.ssa Alessandra Rachelli
SC	Affari Generali e Legali	dott.ssa Daniela Zaro
SC	Gestione Tecnica Edile Impiantistica	ing. Michele Ferrin
SSD	Politiche del Personale	dott. Roberto Visintin

Dipartimento di Pediatria

SSD	Gastroenterologia e Nutrizione	dott.ssa Grazia Di Leo
SC	Neuropsichiatria Infantile	dott. Marco Carrozzi
SC	Oncoematologia	dott. Marco Rabusin
SC U	Clinica Pediatrica	prof. Egidio Barbi
SC	Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	prof. Alessandro Amaddeo

Dipartimento di Chirurgia

SC	Chirurgia	dott. Jergen Schleef
SC	Oculistica	dott. Maurizio Madonia f.f.
SC	Ortopedia e Traumatologia	dott. Marco Carbone
SC	Otorinolaringoiatria e Audiologia	dott.ssa Eva Orzan
SC	Anestesia e Rianimazione	dott.ssa Raffaella Sagredini
SC U	Odontostomatologia pediatrica	prof. Milena Cadenaro

Dipartimento Materno neonatale

SC	Neonatologia	dott.ssa Laura Travan
SC U	Clinica Ostetrica e Ginecologica	prof. Giuseppe Ricci
SC R	Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita	prof. Giuseppe Ricci
		prof. Giuseppe Ricci (Direttore Dipartimento)
SSD R	Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	dott. Gianpaolo Maso
SSD	Gravidanza a rischio	

Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata

SC	Genetica Medica	prof. Paolo Gasparini
SC R	Radiologia Pediatrica	dott. Claudio Granata
SC R	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	dott.ssa Anotnella Fabretto f.f.
SC R	Diagnostica Avanzata Microbiologia Traslazionale	prof.ssa Manola Comar



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Allegato 2

Obiettivi di attività 2026

Direzione Generale		
SSD	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria	5
SSD	Programmazione e Controllo	8
	Staff della Direzione Generale	12
Direzione Sanitaria		
SC	Direzione delle Professioni Sanitarie	14
SC	SC Farmacia	21
SC	SC Farmacia - RICERCA	23
SC	Direzione Medica di Presidio	24
	Accreditamento, qualità, e rischio clinico	30
	Gestione prestazioni sanitarie - CUP e sviluppo Sanita' Transfrontaliera	34
SC	Direzione Medica di Presidio - RICERCA	37
Direzione Scientifica		
	Direzione Scientifica	38
	Direzione Scientifica - RICERCA	40
SC R	Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari	41
SC R	Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari - RICERCA	43
Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa		
SC	Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti	44
SC	Gestione Economico - Finanziaria	48
SC	Affari Generali e Legali	50
SC	Gestione Tecnica Edile Impiantistica	52
SSD	Politiche del Personale con Ufficio Formazione	54
Dipartimento di Pediatria		
SSD	Gastroenterologia e Nutrizione	57
SSD	Gastroenterologia e Nutrizione - RICERCA	61
SC	Neuropsichiatria Infantile	62
SC	Oncoematologia	66
SC	Oncoematologia - RICERCA	69
SC U	Clinica Pediatrica	70
SC U	Clinica Pediatrica - RICERCA	75
SC	Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	76
Dipartimento di Chirurgia		
SC	Chirurgia	79
SC	Oculistica	83
SC	Ortopedia e Traumatologia	87
SC	Otorinolaringoiatria e Audiologia	91
SC	Otorinolaringoiatria e Audiologia - RICERCA	95
SC	Anestesia e Rianimazione	96
SC U	Odontostomatologia pediatrica	100
Dipartimento Materno neonatale		
SC	Neonatologia	105
SC U	Clinica Ostetrica e Ginecologica	108
SC U	Clinica Ostetrica e Ginecologica - RICERCA	114
SC R	Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita	115
SC R	Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita - RICERCA	118
SSD R	Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	119
SSD	Gravidanza a rischio	122
Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata		
SC	Genetica Medica	126
SC	Genetica Medica - RICERCA	129
SC R	Radiologia Pediatrica	130
SC R	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	133
SC R	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale - RICERCA	135
SC R	Diagnostica Avanzata Microbiologia Traslazionale	136
SC R	Diagnostica Avanzata Microbiologia Traslazionale - RICERCA	138

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria

**Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.8	PROGETTO CUORE VIVO: valutazione del rischio cardiovascolare per i dipendenti con > 40 anni, al fine di identificare precocemente e inviare a terapia gli individui affetti da malattia CV.	SI	E	10	10	Somministrazione dei questionari e archiviazione dei dati del rischio CV, secondo il punteggio SCORE2 e linee guida europee, del 100% dei lavoratori con eta' > 40 anni visitati dal medico competente		evidenza al 31.12.2026
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	10.27	Promuovere il benessere psicofisico e l'attivita' fisica tra i lavoratori	SI	E	10	10	- Evidenza documentale circa la progettazione, redazione, coordinamento del progetto. - Avvio del bando di gara e stipula di apposita convenzione per lo svolgimento dell'attivita' fisica per i lavoratori con patologie muscoloscheletriche.		evidenza al 31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
1.1.c	12.1	Analisi e redazione di un piano di prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute secondo le linee di indirizzo della DCS	SI	E	10	10	Adozione o revisione del Piano aziendale per le emergenze da calore		30.05.2026
1.11.a	12.5	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'eta' pediatrica, coinvolti nei diversi setting	SI	E	10	10	almeno 1 evento formativo		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria

**Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.11.b	12.6	Sicurezza negli ambienti di vita:Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce piu' a rischio (bambini)	SI	E	10	10	- Numero interventi di comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). - Disponibileita' di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialita'. - Pubblicazione sul portale WHP del materiale informativo raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento		31.12.2026
5.3.10.b.2	12.15	Rete HPH Valorizzazione del personale che opera nei team multiprofessionali per la promozione della salute in sinergia con SPP, Comitati Unici di Garanzia e altre iniziative di benessere sul posto di lavoro. Evidenza di collaborazione fra i diversi stakeholders che si occupano di fattori di protezione e fattori di rischio nell'ambito della promozione della salute sul luogo di lavoro nel setting sanitario.	SI	E	10	10	Evidenza di almeno 1 progetto condiviso tra rete HPH e SPP per la promozione del benessere del personale		31.12.2026
5.3.10.b.1	12.27	Rete HPH Valorizzazione del personale che opera nei team multiprofessionali per la promozione della salute in sinergia con SPP, Comitati Unici di Garanzia e altre iniziative di benessere sul posto di lavoro. Evidenza di collaborazione fra i diversi stakeholders che si occupano di fattori di protezione e fattori di rischio nell'ambito della promozione della salute sul luogo di lavoro nel setting sanitario.	SI	E	10	10	Evidenza presso ogni Azienda di una procedura per la gestione condivisa tra rete di Promozione della Salute e Servizio di Prevenzione e Protezione aziendali del benessere organizzativo		30.06.2026
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Martina Vardabasso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	15	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente. 3. Effettuare un' attivita' di controllo trimestrale a campione sulle singole sezioni dell'AT (3 sottosezioni a trimestre), e comunicarne gli esiti ai singoli responsabili 4 Incontro con i referenti per adeguamenti al PNA 2025 e verifica applicazione nuovi schemi ANAC		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
LEA NSG H04Z	10.5	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SI	E	5	5	Reportistica periodica relativa ai DRG inappropriati ed invio all'Ufficio Gestione Prestazioni		
	10.7	RETE PEDIATRICA: Aggiornare la procedura aziendale relativa al "Trasporto Sanitario Interospedaliero Urgente del paziente pediatrico" (Deter. ARCS n. 766 del 21.12.2023), integrandola con la definizione esplicita delle risorse necessarie (personale, attrezzature, mezzi, responsabilita' operative).	SI	E	5	5	Supporto alle strutture coinvolte per gli adempimenti preliminari alla trasmissione formale alla DCS/ARCS della procedura aggiornata		31.12.2026
	10.17	Miglioramento dei flussi e della programmazione delle attivita' del Day Hospital pediatrico	SI	E	5	5	- Monitoraggio trimestrale dell'attivita' ambulatoriale e condivisione della reportistica ai referenti della Clinica pediatrica e dell'Ufficio prestazioni		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Martina Vardabasso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.29	Implementare la contabilita' analitica	SI	E	5	5	Analisi relativa all'introduzione di un sistema di contabilita' analitica alla luce dello stato di impletazione nelle aziende del SSR del nuovo sistema contabile e di eventuali altre soluzioni: documento di sintesi presentato alla direzione strategica		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	5	5	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.e	14.2	Tempestivita' e completezza dell'alimentazione del flusso hospice	SI	E	5	5	verificare la compilazione del flusso hospice in tempo utile ad effettuare i controlli propedeutici alla tempestiva alimentazione del flusso ministeriale (1. trimestre: entro il 20 aprile; 2. trimestre: 20 luglio; 3. trimestre:20 ottobre; 4. trimestre: 20 gennaio (anno successivo)		
7.f	14.3	Tempestivita' e completezza dell'inserimento in NSIS da parte delle Aziende dei Flussi informativi disciplinati dal D.P.C.M. 17.5.1984 e s.m.i. (FLS-11; FLS-12; FLS-18; FLS-21; HSP-12; HSP-13; HSP-14; HSP-22bis; HSP-23; HSP-24; STS-14; STS-21; STS-24)	SI	E	5	5	% di modelli ministeriali inseriti in maniera completa e nel rispetto delle tempistiche previste dal ministero		100%
	14.6	Mantenere ed alimentare periodicamente la contabilita' separata per l'attivita'di libera professione	SI	E	5	5	- Evidenza dell'imputazione periodica dei costi collegati all'attivita' libero professionale di ricovero -Evidenza della rilevazione annuale dei costi collegati all'attivita' libero professionale ambulatoriale		
	14.7	Alimentazione del flusso dei dati necessari per l'elaborazione dei costi standard 2025, come da indicazioni del Network N.I.San	SI	E	5	5	Invio dei dati richiesti secondo il cronoprogramma indicato dal N.I.San e dalla DCS		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Martina Vardabasso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	E	5	5	- Pubblicazione, mensile su intranet, del report di monitoraggio consumi delle SC/SSD ; - invio periodico della reportistica relativa agli scarichi di magazzini (CE03 e CE04) - Segnalazione dei principali scostamenti ai responsabili - segnalazione di eventuali scostamenti rispetto al budget di Struttura e di Risorsa alla Direzione Strategica		
	16.2	Garantire un' efficiente gestione delle scorte del magazzino LABOR.	SI	E	5	5	Supportare il raggiungimento dell'obiettivo fornendo un monitoraggio dei consumi, delle giacenze e degli indicatori (rotazione magazzino e giorni medi di giacenza)quadrimestralmente alle strutture del Dipartimentodi Diagnostica.		
	16.10	Verificare periodicamente la programmazione dei finanziamenti collegati alla ricerca	SI	E	10	10	Aggiornamento e monitoraggio del budget (bilanciosezionale di previsione) dellaricerca in collaborazione con la Direzione scientifica e laProgrammazione econtrollo		
	16.12	Verifica periodica e finale dell'attivita' delle sperimentazioni	SI	E	5	5	Evidenza dei rendiconti periodici delle sperimentazioni redatti in collaborazione con la SC R epidemiologia		
5.3.1.j - 5.3.1.g	17.1	Rete cure palliative: - PDTA per "La presa in carico clinico-assistenziale della persone in Cure Palliative in FVG" - Organizzazione di eventi formativi aziendali sul pdta successivamente alla sua adozione	SI	E	5	5	Supporto alla Direzione medica di presidio per gli adempimenti preliminari allaTrasmissione formale a DCS e ARCS del documento del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale del minore in cure Palliative in FVG" - entro il 30.9.2026		30.09.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Martina Vardabasso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.14.d.1	2.10	Programma di odontoiatria pubblica: Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	NO	E			Trasmissione alla DCS, per il tramite del Coordinamento regionale, di report trimestrali sull'attivita' svolta (sia LEA che EXTRA LEA), liste attesa, rispetto dei tempi di attesa per le visite con classe di priorita' UBDP, consumi, ticket incassati, ore apertura ambulatori, ore attivita' professionisti e monitoraggio dell'appropriata applicazione dei criteri per le classi di priorita' UBDP, con trasmissione da effettuarsi entro 60 giorni dalla chiusura del trimestre oggetto della relazione		4 report trimestrali trasmessi
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Staff della Direzione Generale

Responsabile:
dott.ssa Francesca Tosolini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	7.3	Supporto alla proposta di revisione del regolamento per l'utilizzo dell'impianto di videosorveglianza	SI	E	10	10	Aggiornamento del documento alla luce delle prescrizioni emanate dal Garante anche nelle ultime linee guida.		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
11.3.2.d	9.2	Consolidamento del coordinamento tra gli uffici stampa e comunicazione di ARCS, delle aziende e degli Enti del SSR.	SI	E	10	10	Redazione di una procedura condivisa che definisca e consolidi i processi e i flussi di comunicazione stabilendo obiettivi comuni con l'obiettivo della migliore informazione per il cittadino.		
	9.3	Aggiornamento e revisione carta dei servizi e carte dei servizi percorso nascita	SI	E	10	10	Documenti aggiornati		
	9.4	Aggiornamento e revisione delle guide dei reparti	SI	E	10	10	Documenti aggiornati		
	10.28	Predisporre uno scadenziario delle attivita' di segreteria	SI	E	10	10	Scadenziario inviato alla direzione strategica		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Staff della Direzione Generale

**Responsabile:
dott.ssa Francesca Tosolini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.11.b	12.6	Sicurezza negli ambienti di vita:Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce piu' a rischio (bambini)	SI	E	5	5	- Numero interventi di comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). - Disponibilita' di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialita'. - Pubblicazione sul portale WHP del materiale informativo raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento		
	15.1	Implementazione del nuovo sito dell'IRCCS	SI	E	15	15	Supporto e coordinamento delle attivita' collegate al nuovo sito - evidenza dell'attivita' svolta.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	E	5	5	- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	3.7	Garantire la correttacompilazione delle schede di valutazione del rischio di lesioni da pressione e rischio caduta per i pazienti ricoverati	SI	E	5	5	Percentuale di cartelle con schede correttamente compilate	>= 85%	delle cartelle valutate
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	E	5	5	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica	31.12.2026	
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	5	5	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	10.9	Adottare in modo strutturato una nuova composizione dell'equipe per gli interventi a bassa complessita' di cure odontostomatologiche in sala operatoria, sostituendo l'infermiere/OSS di giro con l'assistente alla poltrona	SI	E	5	5	Avvio formazione e affiancamento in sala operatoria dell'Assistente di studio alla poltrona per gli interventi a bassa complessita' di cure odontostomatologiche		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.10	Standardizzare le modalita' operative in blocco operatorio	SI	E	5	5	- Definire o aggiornare, approvandole formalmente, le Checklist operative per la preparazione e gestione degli interventi (contenenti la descrizione di: preparazione della sala operatoria, apparecchiature elettromedicali necessarie, descrizione dell'intervento e relativi ferri chirurgici/set strumentario, tipologia di anestesia e materiale correlato, DPI e dispositivi medici necessari); - Revisione e adeguamento del contenuto dei set chirurgici (container/bauman) ai limiti di peso consentiti (100% dei set).		31.12.2026
	10.13	Miglioramento dell'utilizzo della sala operatoria e della qualita dei dati inseriti ai fini medico legali	SI	E	5	5	- Tempo medio di flusso (tra uscita paziente e ingresso paziente successivo): < 30% del tempo di cambio sala stimato Obiettivo valutabile solo con dati completi, corretti e coerenti per almeno il 90% degli interventi. Qualora tale soglia non sia raggiunta, l'obiettivo sara' considerato non raggiunto.		31.12.2026
	10.14	Aggiornare la procedura aziendale del Percorso Nascita	SI	E	5	5	- revisione ed aggiornamento del PDTA sulla gestione antenatale della gravidanza BRO e della gravidanza ad alto rischio - stesura del PDTA "Gestione della gravidanza a termine" - revisione ed aggiornamento del PDTA del travaglio/parto BRO		31.12.2026
	10.16	Miglioramento della segnaletica dei percorsi e dell'orientamento dell'utenza in Pronto Soccorso	SI	E	5	5	- Aggiornamento della segnaletica orizzontale e verticale dei percorsi (accettazione ostetrica, PS pediatrico, sale d'attesa...) - Installazione e utilizzo degli schermi gia' presenti in Pronto Soccorso e attualmente non in uso per la diffusione continuativa di contenuti educativi e informativi (educazione alla dimissione, informativa sui codici colore e sui tempi di attesa).		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.17	Miglioramento dei flussi e della programmazione delle attivita' del Day Hospital pediatrico e ambulatoriale	SI	E	5	5	Entro 45 giorni dalla formalizzazione e condivisione ufficiale del piano dei lavori di ristrutturazione da parte della Direzione Sanitaria: 1) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime di ricovero diurno (Day Hospital), con definizione di tempi e modalita' di inserimento in lista d'attesa, programmazione delle attivita', accettazione, erogazione delle prestazioni e dimissione, garantendo la separazione dal flusso ambulatoriale. 2) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime ambulatoriale, con definizione delle modalita' di programmazione, prenotazione, accettazione, erogazione delle prestazioni.		
4.2.a	11.1	Promozione, anche congiuntamente con le altre Aziende, di eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico	SI	E	5	5	% di ostetriche formate sulla gestione delle gravidanze BRO, entro il 31.12.2026		>=70%
8.1.3.a	11.5	Promuovere la visibilita' e l'attrattivita' del CDL in infermieristica TARGET: - Giovani delle classi 4^ e 5^ superiori licei, istituti tecnici ecc.… in fase di orientamento e loro famiglie - Giovani che intendano iscriversi a Scienze infermieristiche e loro famiglie - Gia' iscritti al corso di laurea (per sostegno anni successivi) - Gia' occupati nel SSR (esempio OSS), ma interessati a intraprendere un percorso di crescita professionale	SI	E	5	5	Partecipazione/collaborazione attiva alla realizzazione degli OPEN DAY, coordinati dalla DCS con supporto di ARCS, presso le sedi dei CDL (coinvolgimento TD, RAFF, Coordinatore del CDL) per far conoscere l'offerta formativa, le attivita' formative e le iniziative realizzate nelle sedi dei CDL, entro marzo/aprile 2026.		Partecipazione/ collaborazione attiva

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
8.1.3.c	11.6	Promuovere la visibilita' e l'attrattivita' del CDL in infermieristica TARGET: - Giovani delle classi 4 [^] e 5 [^] superiori licei, istituti tecnici ecc.… in fase di orientamento e loro famiglie - Giovani che intendano iscriversi a Scienze infermieristiche e loro famiglie - Gia' iscritti al corso di laurea (per sostegno anni successivi) - Gia' occupati nel SSR (esempio OSS), ma interessati a intraprendere un percorso di crescita professionale	SI	E	5	5	Realizzare almeno 2 giornate informative volte alla valorizzazione della figura dell'infermiere, in sinergia con l'Ordine Professioni infermieristiche territorialmente competente (iniziative pubbliche a carattere sanitario e sociale, come le giornate per la prevenzione, l'educazione alla salute o promozione del primo soccorso)		>= 2 giornate informative
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	5	5	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
1.9.a.1 - 1.9.a.2	12.2	Promozione e sostegno all'allattamento: garantire iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento	SI	E	5	5	- Percentuale delle schede inserite nel portale di donne che allattano al seno nei punti nascita (rilevati alla dimissione) -Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)		>=90%
	16.2	Garantire un' efficiente gestione delle scorte del magazzino LABOR.	SI	E	5	5	Assicurare un indice di rotazione di magazzino >= 7,46 e mantenere i giorni medi di giacenza ≤ 48,92. Effettuare gli scarichi del materiale presente in giacenza del magazzino LABOR entro l'ultimo giorno utile del mese Note: La valutazione verra' effettuata in solido.		
	16.9	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	Effettuare il carico degli ordini in MAGREP entro 30 giorni dal ricevimento del materiale		
	17.4	LOGISTICA E PERCORSI: coordinamento delle attivita' di riorganizzazione logistica e dei lavori edilizi	SI	E	15	15	Partecipare e contribuire alle attivita' utili all'organizzazione e riorganizzazione delle diverse aree oggetto di ristrutturazione, con garanzia di proseguo delle attivita' assistenziali		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
3.6.1.c	6.1	Attuazione dei percorsi formativi per favorire l'uso appropriato delle medicazioni e delle risorse (successivamente al percorso formativo ARCS)	NO	E			Almeno un link formato sull'uso appropriato delle medicazioni e delle risorse. Partecipazione all'evento formativo ARCS.		>= 1 evento formativo entro il 31.12.2026
1.14.h	10.3	Programma di odontoiatria pubblica:Attivazione del progetto DAMA	NO	E			Attivazione aziendale del progetto DAMA e comunicazione formale della stessa a DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ARCS		Entro 30.6.2026
BERSAGLIO C7.3 - BERSAGLIO C7.6	10.6	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti	NO	C			- % di episiotomie depurate (NTSV)		<20%
	10.7	RETE PEDIATRICA: Aggiornare la procedura aziendale relativa al "Trasporto Sanitario Interospedaliero Urgente del paziente pediatrico" (Deter. ARCS n. 766 del 21.12.2023), integrandola con la definizione esplicita delle risorse necessarie (personale, attrezzature, mezzi, responsabilita' operative).	NO	E			Trasmissione formale alla DCS/ARCS della procedura aggiornata		31.12.2026
	10.11	Riorganizzare il contenuto degli armadi del blocco operatorio, standardizzandoli, adeguare le scorte e riducendo il numero totale di armadi	NO	E			- Riorganizzare il 100% degli armadi per le specialita' di chirurgia e odontostomatologia		31.12.2026
2.2.d	10.24	Procedure per garantire la presenza dell'assistente alla persona con disabilita' ricoverato e l'accesso facilitato alle prestazioni ambulatoriali	NO	E			Trasmissione alla DCS e ad ARCS di unarelazione entro il 15.04.2026 sui risultati 2025 con la persona con disabilita' che riceve i servizi previsti dalle procedure		15.04.2026
4.2.c	11.2	Promozione delpercorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) incentivando la gestione in autonomia delle ostetriche delle gravidanze BRO	NO	E			N. gravidanze che hanno seguito il percorso BRO a conduzione ostetrica/N. di gravidanze etichettate BRO al ricovero per il parto x 100		>=50%

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

**Responsabile:
dott. Marco Tempesta**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.9.b	12.3	Promozione e sostegno all'allattamento: promozione della donazione del latte umano per l'alimentazione dei neonati ad alto rischio		NO E			Disponibilita' di materiale informativo per promuovere la donazione del latte materno:Evidenza documentale		31.12.2026
1.9.d	12.4	Vaccinazioni in gravidanza: definizione di un protocollo operativo per l'offerta e la somministrazione delle vaccinazioni in gravidanza		NO E			Presenza del documento		31.12.2026
4.4.c	12.13	Trapianti e donazioni: Avviamento del percorso per la donazione di placenta		NO E			Avvio percorso per la donazione di placenta		31.12.2026
5.3.1.a	12.14	Rete cure palliative: Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento.		NO E			- Programmare l'attivita' di ricovero hospice -N. posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi per tutto il 2026		2 pl +2 pl attivabili
4.2.d	13.1	Promozione e facilitazione dell'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale		NO E			Collaborare per la definizione di un percorso aziendale congiunto ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale, ai fini della: -Predisposizione del documento e sua trasmissione a DCS e ARCS entro il 30.9.2025 - relazione dell'attivita' trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.12.2026	30.09.2026 -	31.12.2026
	13.2	Attivare la scheda di dimissione protetta per l'ADULTO e garantirne l'utilizzo per tutti i pazienti che richiedono dimissione protetta, assicurando la corretta formazione del personale.		NO E			Individuare il personale da formare e trasmetterne i nominativi alla Direzione sanitaria per il corretto utilizzo della scheda di dimissione protetta		
	13.3	Miglioramento del percorso di presa in carico tra Ospedale e Territorio (ASUGI) di minori con Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA)		NO E			- Partecipare al gruppo di lavoro multiprofessionale/multidisciplinare (Burlo - ASUGI) - Elaborare ed adottare un protocollo interaziendale (Burlo - ASUGI) per la gestione condivisa del paziente con DNA, entro il 31.12.2026	30.05.2026 -	31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
3.6	6.2	Implementare misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicita' della gestione farmaceutica	SI	D	10		- Incremento % utilizzo molecole abrevetto scaduto a minor costo in tuttii casi in cui risulti disponibile il medicinale equivalente: delta%>0 (2026-2025) -Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione":delta%>0 (2026-2025) -Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA: >=90%		
3.5 b	6.3	Mantenimento o incremento del numero di segnalazioni di Sospette Reazioni Avverse (ADR) rispetto all'anno precedente	SI	D	5		(SRNF2026-SRNF 2025)/SRNF 2025 >=5% SRNF2026>=60** SRNF: segnalazioni nell'anno di riferimento ** Condizione valida se SRNF2025<=60		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	D	5		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026.		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	10		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

**Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
5.3.1.h	11.4	Rete cure palliative: Formazione sulla fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	SI	D	5		Almeno 1 evento formativo aziendale		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
3.9.a	12.11	Assicurare azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	SI	D	5		Diffondere agli operatori interessati il report di monitoraggio trasmesso dalla DCS		31.12.2026
	12.26	Garantire il monitoraggio degli obiettivi collegati alla linea farmaceutica	SI	D	10		Invio della rendicontazione alla SSD Programmazione e controllo in occasione dei report trimestrali		
	16.8	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa (al netto dei costi finanziati)- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.9	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	D	10		- INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 -azzeramento dell'arretrato al 31/12/2025 tramite pagamento, ovvero la formalizzazione della contestazione della fattura.		
	16.11	Applicazione della nuova procedura per la gestione dei dispositivi	SI	D	10		Verifica dell'applicazione della nuova procedura e dei tempi di riscontro attraverso report semestrali inviati alle unita' operative.		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia - RICERCA

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a call progettuali in qualita' di PI o co-PI condivise con il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi:

100

Pagina 23 di 138

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.a	2.2	Utilizzo RAO -Relazione e proposte di interventi di miglioramento	SI	D	5		Relazione e proposte di interventi di miglioramento -Trasmissione alla DCS e ad ARCS della relazione sull'andamento e di proposte di interventi per il miglioramento aziendale e proposte per interventi regionali per il miglioramento		entro il 30.03.2026
B.2.2.a - B.2.2.b - B.2.2.c	2.7	Elaborazione Piano di recupero aziendale. Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati chirurgia non oncologica oggetto di monitoraggio ministeriale	SI	C		15	- Individuazione dei fattori all'origine dei ritardi per ciascuna prestazione e ciascuna struttura erogativa; documento trasmesso a DCS entro 31.01.2026; -Definizione e applicazione di un piano di recupero immediato per ciascun intervento e ciascuna struttura erogativa (2. semestre);Piano di recupero definito e trasmesso alla DCS entro il 31.3.2026; -Definizione degli interventi con cui ridurre/eliminare i fattori individuati nel medio termine per ciascuna prestazione e ciascuna struttura erogativa;Piano di interventi trasmesso alla DCS entro il 30.6.2026;		
	3.9	Progetto regionale per l'estensione dei follow up dei nati pretermine	SI	D	5		Realizzare le attivita' previste ENTRO 30.06.2026 e rendicontare alla DCS ENTRO il 30.09.2026		30.06.2026 - 30.09.2026
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	E	5	5	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
1.7.d - 1.7.e	5.3	SCREENING: garantire il coordinamento e l'attuazione degli adempimenti previsti per i programmi di screening	SI	D	5		Coordinamento, attuazione e monitoraggio degli adempimenti previsti per: - screening metabolico esteso - avvio screening SCID - attivazione screening celiachia - attivazione screening pediatrico diabete tipo 1		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026.		
LEA NSG H04Z	10.5	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SI	D	5		Attuare le indicazioni contenute nel documento aziendale "Azioni per la riduzione dei ricoveri con DRG ad alto rischio di non appropriatazza in regime di ricovero ordinario" (Prot. GEN/INT 0002559 del 20/11/2024) ai fini della corretta programmazione degli interventi chirurgici		<= 20%
	10.7	RETE PEDIATRICA: Aggiornare la procedura aziendale relativa al "Trasporto Sanitario Interospedaliero Urgente del paziente pediatrico" (Deter. ARCS n. 766 del 21.12.2023), integrandola con la definizione esplicita delle risorse necessarie (personale, attrezzature, mezzi, responsabilita' operative).	SI	D	5		Trasmissione formale alla DCS/ARCS della procedura aggiornata		31.12.2026
	10.12	Miglioramento programmazione chirurgica: Formalizzare il programma almeno 15 giorni prima della data prevista per gli interventi	SI	C		15	Documento di programmazione formalizzato e condiviso con le Strutture cliniche		
	10.16	Miglioramento della segnaletica dei percorsi e dell'orientamento dell'utenza in Pronto Soccorso	SI	D	5		- Aggiornamento della segnaletica orizzontale e verticale dei percorsi (accettazione ostetrica, PS pediatrico, sale d'attesa...)		31.12.2026
	10.17	Miglioramento dei flussi e della programmazione delle attivita' del Day Hospital pediatrico	SI	D	5		1) Formalizzazione e condivisione del piano dei lavori corredato da cronoprogramma entro il 30.05.2026 ecomprendivo di: - fasi di ristrutturazione - spostamenti temporanei e definitivi di ambulatori e attivita' 2) Validazione delle procedure elaborate relative alla gestione del paziente in regime di ricovero diurno (DH) e ambulatoriale		30.05.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nello Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.18	Redigere un documento che definisca il percorso interno per la consulenza psicologica ospedaliera in ambito perinatale, individuando destinatari, criteri di accesso, fasi dell'intervento, modalita' operative, collaborazione con le strutture ospedaliere e attivazione della continuita' ospedale-territorio.	SI	E	5	5	Documento formalmente approvato		31.12.2026
4.2.g.1	11.3	Assistenza materno infantile: realizzare almeno 1 evento formativo sulla salute mentale perinatale	SI	E	5	5	Realizzare almeno 1 evento formativo sulla salute mentale perinatale		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
	12.18	Aggiornare il regolamento di sala operatoria	SI	C		15	Documento aggiornato e approvato		31.12.2026
	12.25	Aggiornare ed approvare il piano delle pronte disponibilita' e delle guardie	SI	D	5		Aggiornare il Piano annuale delle emergenze, in collaborazione con l'Ufficio del personale		31.12.2026
4.2.d	13.1	Promozione e facilitazione dell'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	SI	C		10	Definizione di un percorso aziendale congiunto ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale: - Predisposizione documento e sua trasmissione a DCS e ARCS entro il 30.9.2025 - relazione attivita' trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.12.2026		30.09.2026 - 31.12.2026
	13.2	Attivare la scheda di dimissione protetta per l'ADULTO e garantirne l'utilizzo per tutti i pazienti che richiedono dimissione protetta, assicurando la corretta formazione del personale.	SI	E	5	5	- Scheda di dimissione protetta attivata in ADT, entro 15.05.2026 - Personale formato all'utilizzo della scheda, entro il 1.06.2026		15.05.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	13.3	Miglioramento del percorso di presa in carico tra Ospedale e Territorio (ASUGI) di minori con Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA)	SI	C		10	- Formalizzare il gruppo di lavoro multiprofessionale/multidisciplinare (Burlo - ASUGI), entro il 30.05.2026 - Elaborare ed adottare un protocollo interaziendale (Burlo - ASUGI) per la gestione condivisa del paziente con DNA, entro il 31.12.2026		30.05.2026 - 31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- I referenti aziendali partecipano alla formazione regionale (evidenza documentale) - Organizza almeno 2 eventi formativi aziendali (entro il 1.07.2026) - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.9	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	D	5		- INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
5.3.1.j - 5.3.1.g	17.1	Rete cure palliative: - PDTA per "La presa in carico clinico-assistenziale della persone in Cure Palliative in FVG" - Organizzazione di eventi formativi aziendali sul pdta successivamente alla sua adozione	SI	D	5		- Trasmissione formale a DCS e ARCS del documento del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale del minore in cure Palliative in FVG" - entro il 30.9.2026		30.09.2026
	17.4	LOGISTICA E PERCORSI: coordinamento delle attivita' di riorganizzazione logistica e dei lavori edilizi	SI	D	10		Garantire il coordinamento degli incontri relativi alla logistica e ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti e dare evidenza documentale della partecipazione e della realizzazione delle attivita' concordate (100%)		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.14.d.1	2.10	Programma di odontoiatria pubblica: Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	NO	D			Trasmissione alla DCS, per il tramite del Coordinamento regionale, di report trimestrali sull'attivita' svolta (sia LEA che EXTRA LEA), liste attese, rispetto dei tempi di attesa per le visite con classe di priorit� UB DP, consumi, ticket incassati, ore apertura ambulatori, ore attivita' professionisti e monitoraggio dell'appropriata applicazione dei criteri per le classi di priorit� UB DP, con trasmissione da effettuarsi entro 60 giorni dalla chiusura del trimestre oggetto della relazione		4 report trimestrali trasmessi
1.14.h	10.3	Programma di odontoiatria pubblica:Attivazione del progetto DAMA	NO	E			Attivazione aziendale del progetto DAMA e comunicazione formale della stessa a DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ARCS		Entro 30.6.2026
2.11.b	10.4	Migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'eta' evolutiva (con attenzione all'eta' adolescenziale)	NO	E			Elaborazione e trasmissione ad ARCS e alla DCS di un documento di analisi epidemiologica regionale inerente le patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'eta' evolutiva (con attenzione all'eta' adolescenziale)		31.12.2026
	10.8	Realizzare le azioni previste dal PDTA della persona con malattia infiammatoria cronica intestinale (eta' adulta e pediatrica) - DGR N.1853 2025	NO	D			- IBD formalizzate dall'Azienda con le professionalita' previste. - Team multidisciplinare pediatrico istituito e documento trasmesso ad ARCS/DCS e Direzioni Sanitarie aziendali. - Attivazione dei PACC previsti nel PDTA da parte di ciascuna azienda. - Agende di prenotazione dedicate attivate. - Sistema di telemedicina operativo secondo quanto previsto dal PDTA. - La rete Pediatrica MICI ha effettuato almeno 1 incontro ogni 3 mesi per la discussione dei casi.		31.12.2026
1.1.c	12.1	Analisi e redazione di un piano di prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute secondo le linee di indirizzo della DCS	NO	D			Adozione o revisione del Piano aziendale per le emergenze da calore		30.05.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

**Responsabile:
dott. Nelso Trua**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.4.c	12.13	Trapianti e donazioni: Avviamento del percorso per la donazione di placenta	NO	D			Avvio percorso per la donazione di placenta		31.12.2026
5.3.1.a	12.14	Rete cure palliative: Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento.	NO	D			N. posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi per tutto il 2026		2 pl +2 pl attivabili
5.3.10.b.2	12.15	Rete HPH Valorizzazione del personale che opera nei team multiprofessionali per la promozione della salute in sinergia con SPP, Comitati Unici di Garanzia e altre iniziative di benessere sul posto di lavoro. Evidenza di collaborazione fra i diversi stakeholders che si occupano di fattori di protezione e fattori di rischio nell'ambito della promozione della salute sul luogo di lavoro nel setting sanitario.	NO	D			Evidenza di almeno 1 progetto condiviso tra rete HPH e SPP per la promozione del benessere del personale		31.12.2026
	12.19	Rete clinica Pneumologica: adempiere alle attivita' previste dal PDTA Gestione paziente asma grave (DGR n.416 del 27.03.2026)	NO	D			- Attivazione Team pediatrico regionale multidisciplinare per patologia pneumologica complessa - Numero di incontri svolti/anno (almeno 2, anche in modalita' telematica) con verbale registrato		31.12.2026
	12.22	Aggiornare il "Regolamento per l'accesso, circolazione e sosta dei veicoli nelle aree situate all'interno del Comprensorio ospedaliero dell'IRCCS Burlo Garofolo"	NO	D			Regolamento revisionato in collaborazione con la SC Gestione Tecnica: presentazione della proposta entro il 30/9 formalizzazione del regolamento entro il 31/12		
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S. Accreditamento, qualita', e rischio clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.2.2.a	2.7	Elaborazione Piano di recupero aziendale. Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati chirurgia non oncologica oggetto di monitoraggio ministeriale	SI	D	10		- Individuazione dei fattori all'origine dei ritardi per ciascuna prestazione e ciascuna struttura erogativa; documento trasmesso a DCS entro 31.01.2026; -Definizione e applicazione di un piano di recupero immediato per ciascun intervento e ciascuna struttura erogativa (2. semestre);Piano di recupero definito e trasmesso alla DCS entro il 31.3.2026; -Definizione degli interventi con cui ridurre/eliminare i fattori individuati nel medio termine per ciascuna prestazione e ciascuna struttura erogativa;Piano di interventi trasmesso alla DCS entro il 30.6.2026;		
-									
B.2.2.b									
-									
B.2.2.c									

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S. Accreditamento, qualita', e rischio clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
11.1	3.2	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG: Realizzare le azioni previste dalle Linee di Gestione 2026 in materia di rischio clinico e rischio infettivo, previste dalla Linea 11.1	SI	E	20	20	- trasmissione formale ad ARCS e DCS di documento comprovante l'avvenuta individuazione formale dei soggetti per i ruoli dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali dei Programmi (RAP) - Invio alla DCS entro 31.12.2026 di una relazione attestante le attivita' di implementazione della rete dei link professional per le seguenti linee di lavoro: a. prevenzione e controllo delle infezioni b. sicurezza delle cure - Inserimento degli eventi sentinella secondo le indicazioni ministeriali (100%) - Pubblicazione dei dati sul sito web aziendale (ex art. 4 "Trasparenza dei dati" L. n. 24/2017) - Invio alla DCS di una relazione secondo il format Rete Cure Sicure relative alle attivita' di sorveglianza e l'identificazione degli aspetti critici su cui adottare azioni di miglioramento anche in accordo con gli obiettivi del PNCAR, entro il 31.12.2026; - Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico: Inserimento dei dati 2025, entro il 31 marzo 2026; Attivazione della sorveglianza 2026 per il periodo settembre-novembre 2026 - Conseguimento di un punteggio minimo di 7 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento di almeno 2 punti rispetto all'anno precedente - Partecipazione del Risk Manager alle attivita' del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunita' - Invio dei dati richiesti dall'Osservatorio delle Buone Pratiche, entro il 10.01.2026 - Compilazione dei questionari secondo le richieste di AGENAS e implementazione delle raccomandazioni non conformi.		
	3.3	Revisione sistematica delle cartelle cliniche secondo la scheda standard BORA	SI	E	5	10	Valutazione di almeno 250 cartelle/anno, ripartite equamente tra le strutture coinvolte		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S. Accreditamento, qualita', e rischio clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	E	5	5	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	20	20	Coordinare gli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	8.2	UNI EN ISO 15189:2024. Mappatura dei laboratori: rilevazione degli ambiti specialistici, mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni e piano di miglioramento.	SI	E	10	10	- Istituzione e coordinamento del Gruppo di lavoro interaziendale con la partecipazione di almeno un referente per ciascun Ente del S.S.R. e dei componenti dell'O.T.A. (ENTRO 31.01.2026); -Partecipazione al Gruppo di lavoro interaziendale con un referente per Ente per l'elaborazione e la stesura del documento tecnico (mappa e check list) (ENTRO 30.04.2026); -Dalla check list ogni referente aziendale costruisce la GAP analysis e il Piano di adeguamento (ENTRO 30.06.2026); -Attivazione di un percorso di risoluzione degli scostamenti dai requisiti e redazione del protocollo di convalida per i metodi analitici (ENTRO 31.12.2026); - partecipazione di almeno il 60% degli operatori dei laboratori e delle strutture di supporto all'acquisto e gestione dei dispositivi IVDR, del 100%referenti per i laboratori della Direzione medica e della Direzione delle Professioni sanitari, del 100% Risk Manager, del 100% Quality Manager e staff accreditamento (ENTRO 30.06.2026)		
	9.1	Monitorare e analizzare lo spreco alimentare nei pasti ospedalieri ai fini del miglioramento del servizio di ristorazione	SI	C		10	Sviluppareun sistema di pesatura e tracciamento degli avanzi, incrocio dei dati, creazione di report e proposte di miglioramento - evidenza dell'attivita' svolta		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S. Accreditamento, qualita', e rischio clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
10.17		Miglioramento dei flussi e della programmazione delle attivita' del Day Hospital pediatrico	SI	D	10		1) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime di ricovero diurno (Day Hospital), con definizione di tempi e modalita' di inserimento in lista d'attesa, programmazione delle attivita', accettazione, erogazione delle prestazioni e dimissione, garantendo la separazione dal flusso ambulatoriale. 2) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime ambulatoriale, con definizione delle modalita' di programmazione, prenotazione, accettazione, erogazione delle prestazioni. 3) Monitoraggio trimestrale dell'attivita' ambulatoriale con verifica di: saturazione della disponibilita' ordinaria delle agende; attivazione delle agende di overbooking solo dopo saturazione della disponibilita' ordinaria; utilizzo dell'overbooking entro il 10% della disponibilita' ordinaria.		
11.7		Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		
12.18		Aggiornare il regolamento di sala operatoria	SI	E	10	5	Documento aggiornato e approvato		31.12.2026
12.22		Aggiornare il "Regolamento per l'accesso, circolazione e sosta dei veicoli nelle aree situate all'interno del Comprensorio ospedaliero dell'IRCCS Burlo Garofolo"	SI	C		10	Regolamento revisionato in collaborazione con la SC Gestione Tecnica: presentazione della proposta entro il 30/9 formalizzazione del regolamento entro il 31/12		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Gestione prestazioni sanitarie - CUP e sviluppo Sanita' Transfrontaliera

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.a	2.2	Utilizzo RAO -Relazione e proposte di interventi di miglioramento	SI	E	15	5	Relazione e proposte di interventi di miglioramento -Trasmissione alla DCS e ad ARCS della relazione sull'andamento e di proposte di interventi per il miglioramento aziendale e proposte per interventi regionali per il miglioramento		30.03.2026
B.2.1.b	2.5	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini -Trasmissione a DCS del documento di ricognizione delle risorse (apparecchiature e personale) delle strutture di diagnostica per immagini	SI	E	10	5	Trasmissione a DCS del documento di ricognizione delle risorse (apparecchiature e personale) delle strutture di diagnostica per immagini		31.03.2026
	2.14	Miglioramento agende di prenotazione: aggiornamento e completezza dei promemoria	SI	E	15	10	Percentuale di agende, aperte agli sportelli CUP, con informazioni di promemoria aggiornate e complete per l'utenza (numero stanza, piano, edificio, scala) Note: Entro il 31/12/2026		>90%
	2.16	Definire un documento aziendale che stabilisca regole e criteri standard per la costruzione e gestione delle agende di prenotazione.	SI	E	10	10	Redazione e formalizzazione del documento e invio alle strutture aziendali interessate		30.04.2026
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	E	5	5	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Gestione prestazioni sanitarie - CUP e sviluppo Sanita' Transfrontaliera

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
LEA NSG H04Z	10.5	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SI	E	5	10	Verifica periodica dell'applicazione delle indicazioni contenute nel documento aziendale "Azioni per la riduzione dei ricoveri con DRG ad alto rischio di non appropriatazza in regime di ricovero ordinario" (Prot. GEN/INT 0002559 del 20/11/2024) e comunicazione alle strutture interessate		
	10.17	Miglioramento dei flussi e della programmazione delle attivita' del Day Hospital pediatrico	SI	E	5	5	- Monitoraggio trimestrale dell'attivita' ambulatoriale con verifica di: saturazione della disponibilita' ordinaria delle agende; attivazione delle agende di overbooking solo dopo saturazione della disponibilita' ordinaria; utilizzo dell'overbooking entro il 10% della disponibilita' ordinaria		
	10.30	Monitorare l'appropriatazza prescrittiva su base amministrativa delle impegnative ricevute	SI	C		5	Invio periodico della reportistica relativa alle non conformita' prescrittive su base amministrativa ad ASUGI		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Gestione prestazioni sanitarie - CUP e sviluppo Sanita' Transfrontaliera

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	E	10	10	- I referenti aziendali partecipano alla formazione regionale (evidenza documentale) - Collaborare con il referente della Direzione medica all'organizzazione di almeno 2 eventi formativi aziendali (entro il 1.07.2026) -Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.9	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C		10	- INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

**Responsabile:
dott. Nelso Trua**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		10	- >= 1 pubblicazione - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
8.3		Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	C		75	- aggiornamento delle nomine e delle job description - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema come valutatore - almeno 1 audit per studio, se applicabile, come valutatore - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile - pubblicazione sul sito delle campagne di promozione dei protocolli delle sperimentazioni		31.12.2026
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	E	10	10	dell'IRCCS con particolare riferimento alle pubblicazioni relative al mandato dell'IRCCS con la produzione di reportistica periodica - Organizzare almeno un incontro di presentazione dei dati ministeriali		
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
11.7		Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
11.10		Aggiornare il regolamento aziendale relativo alle borse di studio	SI	E	10	10	Regolamento rivisto in collaborazione con l'Ufficio Personale		
11.13		Predisporre l'assetto degli incarichi del personale della ricerca	SI	E	20	20	Presentazione di una proposta di assetto degli incarichi all'ufficio personale per la successiva formalizzazione		30.09.2026
15.1		Implementazione del nuovo sito dell'IRCCS	SI	E	5	5	Implementazione dei dati relativi alla ricerca scientifica nel nuovo layout del sito - evidenza documentale		
16.8		Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	10	10	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa (al netto dei costi finanziati)- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
16.9		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
16.10		Verificare periodicamente la programmazione dei finanziamenti collegati alla ricerca	SI	E	10	10	Aggiornamento e monitoraggio del budget (bilanciosezionale di previsione) dellaricerca in collaborazione con la Gestione Economico Finanziaria e laProgrammazione econrollo		
16.13		Effettuare l'integrazione sperimentale della programmazione acquisti e investimenti con i fabbisogni della Direzione scientifica per l'attivita' di ricerca	SI	E	5	5	Evidenza della trasmissione alla SC Ingegneria clinica dell'elenco delle attrezzature che verranno riscattate dai noleggi finanziati dalla ricerca per la stipula dei contratti di manutenzione		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica - RICERCA

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		25	Organizzare almeno un incontro di presentazione dei dati ministeriali - Supportare le strutture per la partecipazioni a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 - Predisposizione format per presentazione dei progetti di ricerca da fornire alle strutture		
	11.9	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresseutilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		
	11.10	Aggiornare il regolamento aziendale relativo alle borse di studio	SI	C		15	Regolamento rivisto in collaborazione con l'Ufficio Personale		
	11.13	Predisporre l'assetto degli incarichi del personale della ricerca	SI	C		10	Presentazione di una proposta di assetto degli incarichi all'ufficio personale per la successiva formalizzazione		
	15.1	Implementazione del nuovo sito dell'IRCCS	SI	C		20	Implementazione dei dati relativi alla ricerca scientifica nel nuovo layout del sito - evidenza documentale		
	16.10	Verificare periodicamente la programmazione dei finanziamenti collegati alla ricerca	SI	C		15	Aggiornamento emonitoraggio del budget (bilanciosezionale di previsione) dellaricerca in collaborazione con la Gestione Economico Finanziaria e laProgrammazione econrollo		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: SC R Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	E	20	20	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI), rispetto alla media dell'ultimo triennio. Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, altrimenti mantenere. - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
11.5.1.e	4.2	Attivita' di ricerca e innovazione	SI	E	15	15	- Individuazione di un referente per il gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici; - Partecipazioni agli incontri del Gruppo di lavoro (100% degli incontri); - Collaborazione con ARCS nella revisione delle procedure operative ed evidenza delle tempistiche target di ciascuna fase del processo - Applicazione della procedura operativa revisionata da parte di tutti gli Enti del SSR.		
	4.5	Concludere il percorso di accreditamento Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) presso l'Istituto E Garantire la continuita' del progetto attraverso la formazione dei futuri referenti aziendali	SI	C		20	Evidenza documentale: - Realizzazione della visita finale dei valutatori Unicef - Formazione di 3 referenti aziendali		
	4.6	Garantire il mantenimento delle attivita' di sorveglianza regionale sullo stato di salute delle donne e della popolazione pediatrica	SI	D	15		Evidenza documentale: - Realizzazione della raccolta dati nelle scuole relativa ai progetti HBSC e GYTS - Predisposizione di report annuale sullo stato delle sorveglianze		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: SC R Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.7.d - 1.7.e	5.3	SCREENING: garantire il coordinamento e l'attuazione degli adempimenti previsti per i programmi di screening	SI	E	15	10	Coordinamento, attuazione e monitoraggio, in collaborazione con la Direzione medica, degli adempimenti previsti per: - screening metabolico esteso - avvio screening SCID - attivazione screening celiachia - attivazione screening pediatrico diabete tipo 1		31.12.2026
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	5	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026.		
2.11.b	10.4	Migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'eta' evolutiva (con attenzione all'eta' adolescenziale)	SI	D	15		Elaborazione e trasmissione ad ARCS e alla DCS di un documento di analisi epidemiologica regionale inerente le patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'eta' evolutiva (con attenzione all'eta' adolescenziale)		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
	16.12	Verifica periodica e finale dell'attivita' delle sperimentazioni	SI	E	5	15	Evidenza dei rendiconti periodici delle sperimentazioni redatti in collaborazione con la SSD Programmazione e controllo.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Direzione Scientifica

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

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI), rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, altrimenti mantenere. - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a call progettuali in qualita' di PI o co-PI condivise con il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI, concordati con il responsabile di struttura e RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione del budget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	10.16	Miglioramento della segnaletica dei percorsi e dell'orientamento dell'utenza in Pronto Soccorso	SI	E	5	5	Per quanto di competenza: - Aggiornamentodella segnaletica orizzontale e verticaledei percorsi (accettazione ostetrica, PS pediatrico, sale d'attesa...) -Installazione e utilizzo degli schermi gia' presenti in Pronto Soccorso e attualmente non in uso per la diffusione continuativa di contenuti educativi e informativi (educazione alla dimissione, informativa sui codici colore e sui tempi di attesa).		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianficate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
3.7.a	12.10	Flussi informativi dei dispositivi medici: Migliorare la qualita' del debito informativo verso il Ministero della salute riferito ai dispositivi medici	SI	E	5	5	- Ridurreentro il 30.4.2026 il numero delle referenze dei dispositivi medici "Dispositivo medico senza repertorio" rispetto al dato rilevato il 31.12.2025 e mantenerlotale fino al 31.12.2026; -al 30.6.2026 e al 31.12.2026 nei gestionali di magazzino non sono presenti referenze dei dispositivi medici con "numero di BD/RDM da individuare" (Progressivo DM + Tipo: 1-1);		vedi indicatore

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
3.10.b	12.12	Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici:Gestione delle fatture per l'acquisto di DM/IVD	SI	E	5	5	Corretta gestione delle fatture per l'acquisto di DM/IVD:Al 31.12.2026 almeno il 95% delle fatture per l'acquisto di DM/IVD risultano gestite secondo le indicazioni ministeriali		>=95%
10.6.4.a - 10.6.4.b - 10.6.4.c	12.16	Monitoraggio delle procedure di acquisizione di beni con la formula del noleggio e del service	SI	E	5	5	- Comunicazione, con cadenza trimestrale, ad ARCS della catena dei CIG Padre E Derivato attivati nel periodo -% riferimenti CIG Padre E Derivato inseriti negli ordini agli Operatori economici per l'attivazione dei contratti di noleggio e service (100%) -% di CIG derivati inseriti nella piattaforma unica regionale AITB per la gestione tecnico/operativa delle tecnologie biomedicali sul totale dei nuovi collaudi (100%)		100%
	12.21	Rispettare la programmazione dell'anno 2026	SI	E	5	5	Rispettare la programmazione annuale formalizzata con decreto n. 77/2026- evidenza dell'attivita' svolta		
	12.23	Riorganizzazione del processo di acquisizione centralizzata di beni e servizi coordinato da ARCS	SI	E	5	5	-Trasmissione entro il 30.06.26 alla DCS dell'atto programmatico condiviso e sottoscritto da Ente e ARCS con i contenuti e il cronoprogramma di attuazione della riorganizzazione del processo di acquisizione centralizzata di beni e servizi -Valutazione positiva della DCS del documento trasmesso alla DCS entro il 31.12.2026 sulla sussistenza di effettiva organizzazione e svolgimento attuativi nell'Ente delle attivita' di acquisizione centralizzata di beni e servizi conformemente all'atto programmatico sottoscritto		

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
6.2	14.1	Rafforzare l'organizzazione delle Strutture deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi del SSR, attraverso l'adozione di nuovi modelli gestionali e il potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse strutturali e professionali	SI	E	10	10	- Partecipare alle attivita' coordinate da ARCS finalizzate ad analizzare i diversi modelli organizzativi adottati dagli Enti sanitari del SSR e confrontarli con le best practice al fine di definire un modello di riferimento di concerto con gli Enti, entro il 30.4.2026 -Presentazione da parte di ciascuna azienda alla Direzione centrale salute di un piano di adeguamento organizzativo, con chiari obiettivi di riallineamento ai macro-trend e al modello individuato e funzionale alla programmazione regionale del SSR 2027, entro il 30/09/2026 -Realizzare gli interventi di adeguamento organizzativo attuabili nell'ambito della propria autonomia economica e gestionale, dando puntuale informazione ad ARCS e alla Direzione centrale, entro il 31.12.2026		
6.4	14.4	Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA)	SI	E	10	10	Adottare il Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA), corredato da una relazione illustrativa, entrambi da redigere secondo le indicazioni che saranno fornite da ARCS in tempo utile		31.05.2026
	16.8	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	10	10	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa (al netto dei costi finanziati)- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.9	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	D	10	10	- INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 -azzeramento dell'arretrato al 31/12/2025 tramite pagamento, ovvero la formalizzazione della contestazione della fattura.		

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
B.2.1.b	2.5	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini -Trasmissione a DCS del documento di ricognizione delle risorse (apparecchiature e personale) delle strutture di diagnostica per immagini	NO	E			Trasmissione a DCS del documento di ricognizione delle risorse (apparecchiature e personale) delle strutture di diagnostica per immagini		Entro il 31.03.2026
1.14.f	12.9	Programma di odontoiatria pubblica:Inventario al 31.12.2025 delle attrezzature odontoiatriche (riuniti, radiografici sterilizzatrici, laser, ecc) con anno di acquisizione, sede di utilizzo, stato di funzionalita', condizioni di utilizzo e costo di manutenzione annuo del 2025	NO	E			Trasmissione dell'inventariato a DCS, Coordinamento della Rete e ARCS		entro il 31.03.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	NO	E			- Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	10.25	Progetto ACCRUAL (Riforma 1.15 del PNRR)	SI	E	15	15	Elaborazione, secondo i tempi indicati dalla Regione/MEF (RGS), degli schemi di bilancio ACCRUAL (Conto Economico e Stato Patrimoniale) riferiti all'esercizio 2025 e loro trasmissione, per via telematica, in formato XBRL, alla RGS.		
	10.26	Dematerializzazione della documentazione della Struttura (conservazione sostitutiva digitale): prosecuzione	SI	E	10	10	Registrazione trimestrale/annuale nell'area dedicata del sistema di protocollo informatico GIFRA dei libri contabili obbligatori dell'Istituto (il libro giornale, il libro degli inventari, il libro dei beni ammortizzabili ed i registri IVA)		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
3.10.b	12.12	Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici: Gestione delle fatture per l'acquisto di DM/IVD	SI	E	10	10	Corretta gestione delle fatture per l'acquisto di DM/IVD: respingere le fatture che risultano mancanti della tripletta (ordine, data ordine e codice commessa) ed inoltrare ai centri di risorsa, per i controlli, le fatture che risultano incongruenti sulla piattaforma SDI		

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	14.6	Mantenere ed alimentare periodicamente la contabilita' separata per l'attivita' di libera professione	SI	E	10	10	Evidenza sul documento di bilancio 2025 del sezionale contabile specifico per la libera professione e del relativo conto economico nel bilancio.		
	16.9	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	15	15	-Monitoraggio periodico delle scadenze dei documenti contabili e contestuale invio dello scadenziario ai CDR. Pagamento nei termini di legge dei documenti verificati - Monitoraggio periodico dell'arretrato al 31/12/2025 e contestuale invio ai CDR competenti		
	16.10	Verificare periodicamente la programmazione dei finanziamenti collegati alla ricerca	SI	E	10	10	Aggiornamento e monitoraggio del budget (bilancio sezionale di previsione) della ricerca in collaborazione con la Direzione scientifica e la Programmazione e controllo		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
8.1		Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
10.20		Disposizioni attuative della DGR 1970/2016 relative alla gestione centralizzata della copertura assicurativa RCT/O degli Enti del SSR del FVG. Recepimento del Regolamento regionale rimodulato ai sensi della disciplina contenuta nel D.M. 232/2023.	SI	E	10	20	elaborazione della proposta di decreto di recepimento del Regolamento regionale aggiornato		31.05.2026
10.21		Adeguamento del Regolamento per la disciplina delle responsabilita' e delle competenze direttoriali e dirigenziali dell'IRCCS Burlo Garofolo", approvato con decreto n. 213 dd. 26.08.2025, in attuazione delle adottande modifiche all'Atto Aziendale concernenti lo staff di Direzione Generale ed il Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa.	SI	E	20	10	elaborazione della proposta di decreto di approvazione del Regolamento aggiornato		30.09.2026
10.22		Aggiornamento del Regolamento aziendale disciplinante le sponsorizzazioni	SI	E	15	15	- Bozza di Regolamento - Proposta di decreto		31.12.2026
10.23		Supportare le scelte direzionali nell'ambito delle successioni/donazioni	SI	E	15	15	Predisposizione degli atti come da procedura vigente		31.12.2026
11.7		Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	16.8	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	10	10	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa (al netto dei costi finanziati)- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica Edile Impiantistica

Responsabile:
ing. Michele Ferrin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	10.16	Miglioramento della segnaletica dei percorsi e dell'orientamento dell'utenza in Pronto Soccorso	SI	E	5	5	Per quanto di competenza: - Aggiornamentodella segnaletica orizzontale e verticaledei percorsi (accettazione ostetrica, PS pediatrico, sale d'attesa...) -Installazione e utilizzo degli schermi gia' presenti in Pronto Soccorso e attualmente non in uso per la diffusione continuativa di contenuti educativi e informativi (educazione alla dimissione, informativa sui codici colore e sui tempi di attesa).		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianficate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
5.3.1.a	12.14	Rete cure palliative: Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento.	SI	E	15	15	Aggiudicazione appalto lavori		
	12.20	Raggiungimento di tutti i target assegnati all'ente da conseguire nell'anno 2026 nel rispetto della tempistica prevista dagli adempimenti PNRR per l'Ente	SI	E	15	15	Verbale ultimazione lavori entro 30/5.		
	12.21	Rispettare la programmazione dell'anno 2026	SI	E	10	10	Rispettare la programmazione annuale formalizzata con decreto n. 85/2026- evidenza dell'attivita' svolta		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica Edile Impiantistica

**Responsabile:
ing. Michele Ferrin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	12.22	Aggiornare il "Regolamento per l'accesso, circolazione e sosta dei veicoli nelle aree situate all'interno del Comprensorio ospedaliero dell'IRCCS Burlo Garofolo"	SI	E	5	5	Regolamento revisionato in collaborazione con il mobility manager: presentazione della proposta entro il 30/9 formalizzazione del regolamento entro il 31/12		
	16.8	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	10	10	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa (al netto dei costi finanziati)- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.9	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	10	10	- INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott. Roberto Visintin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028	SI	E	10	10	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2026. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	7.2	Revisione del regolamento ex. art. 53 in prospettiva della riorganizzazione delle attivita' sinergiche con ASUGI.	SI	E	5	5	Regolamento aggiornato		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	E	10	10	Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	E	10	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
	11.12	Aggiornamento del Regolamento sul lavoro agile	SI	E	10	10	Aggiornamento del Regolamento alla luce dei nuovi CCNL		
	11.14	Avviare il percorso per la donazione delle ferie	SI	E	15	5	Bozza di regolamento inviata alla Direzione		
	11.15	Pianificazione e rendicontazione delle attivita' formative	SI	C		10	1 Definizione nel PAL/PAO degli obiettivi aziendali strategici della formazione 2 Adozione del PFA (dettaglio corsi) quale sezione del PIAO 2026-2028 3 Elaborazione della relazione annuale dei provider regionali della formazione secondo il format condiviso		1 e 2 entro il 31/1/2026; 3 entro il 30/4/2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott. Roberto Visintin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	12.21	Rispettare la programmazione dell'anno 2026	SI	E	10	10	Monitorare e aggiornare in sede di report trimestrali la programmazione annuale formalizzata con decreto n. 74/2026- evidenza dell'attivita' svolta		
	12.24	Avviare il percorso di interlizzazione delle funzioni del personale attualmente gestite in sinergia con ASUGI	SI	E	10	10	Monitorare e garantire il cronoprogramma relativo al passaggio di funzioni allegato alla convenzione di cui al decreto n. 63 dd 10/3/2026		
	12.25	Aggiornare ed approvare il piano delle pronte disponibilita' e delle guardie	SI	E	5	5	Supportare la Direzione Sanitaria nella predisposizione del Piano annuale delle emergenze		31.12.2026
	16.8	Rispettare il budget di risorsa assegnato	SI	E	10	10	Rispetto del budget assegnato per il Centro di Risorsa (al netto dei costi finanziati)- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.9	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	- INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
3.6.1.c	6.1	Attuazione dei percorsi formativi per favorire l'uso appropriato delle medicazioni e delle risorse (successivamente al percorso formativo ARCS)	NO	C			Realizzare almeno 1 edizione formativa interna sull'uso delle medicazioni in ambito ospedaliero		
5.3.1.h	11.4	Rete cure palliative: Formazione sulla fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	NO	C			Almeno 1 evento formativo aziendale		
5.3.1.h	11.4	Rete cure palliative: Formazione sulla fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	NO	C			Almeno 1 evento formativo aziendale		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

**Responsabile:
dott. Roberto Visintin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.11.a	12.5	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'eta' pediatrica, coinvolti nei diversi setting	NO	C			almeno 1 evento formativo		
5.3.1.j - 5.3.1.g	17.1	Rete cure palliative: - PDTA per "La presa in carico clinico-assistenziale della persone in Cure Palliative in FVG" - Organizzazione di eventi formativi aziendali sul pdta successivamente alla sua adozione	NO	C			Almeno 1 evento formativo aziendale sul pdta successivamente alla sua adozione		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritari B e D	SI	D	10		prima visita gastroenterologica		>=90% B e D
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026
Note: A decorrere dal 30/04/2026									

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
1.7.e	5.1	Attivazione screening celiachia	SI	D	5		Screening attivato		31.12.2026
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	5		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	10.8	Realizzare le azioni previste dal PDTA della persona con malattia infiammatoria cronica intestinale (eta' adulta e pediatrica) - DGR N.1853 2025	SI	D	5		- IBD formalizzate dall'Azienda con le professionalita' previste. - Team multidisciplinare pediatrico istituito e documento trasmesso ad ARCS/DCS e Direzioni Sanitarie aziendali. - Attivazione dei PACC previsti nel PDTA da parte di ciascuna azienda. - Agende di prenotazione dedicate attivate. - Sistema di telemedicina operativo secondo quanto previsto dal PDTA. - La rete Pediatrica MICI ha effettuato almeno 1 incontro ogni 3 mesi per la discussione dei casi.		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
10.17		Miglioramento dei flussi e della programmazione delle attivita' del Day Hospital pediatrico	SI	D	5		Entro 45 giorni dalla formalizzazione e condivisione ufficiale del piano dei lavori di ristrutturazione da parte della Direzione Sanitaria: 1) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime di ricovero diurno (Day Hospital), con definizione di tempi e modalita' di inserimento in lista d'attesa, programmazione delle attivita', accettazione, erogazione delle prestazioni e dimissione, garantendo la separazione dal flusso ambulatoriale. 2) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime ambulatoriale, con definizione delle modalita' di programmazione, prenotazione, accettazione, erogazione delle prestazioni. 3) Monitoraggio trimestrale dell'attivita' ambulatoriale con verifica di: saturazione della disponibilita' ordinaria delle agende; attivazione delle agende di overbooking solo dopo saturazione della disponibilita' ordinaria; utilizzo dell'overbooking entro il 10% della disponibilita' ordinaria.		
11.7		Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
13.3		Miglioramento del percorso di presa in carico tra Ospedale e Territorio (ASUGI) di minori con Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA)	SI	D	5		- Formalizzare il gruppo di lavoro multiprofessionale/multidisciplinare (Burlo - ASUGI), entro il 30.05.2026 - Elaborare ed adottare un protocollo interaziendale (Burlo - ASUGI) per la gestione condivisa del paziente con DNA, entro il 31.12.2026		30.05.2026 - 31.12.2026
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione

**Responsabile:
dott. Grazia Di Leo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	NO	D			- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione - RICERCA

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a call progettuali in qualita' di PI o co-PI condivise con il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi:

100

Pagina 61 di 138

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritari B e D	SI	D	10		prima visita neurologica; elettromiografia semplice [emg] del capo; elettromiografia semplice [emg] del tronco; elettromiografia semplice [emg] per arto inferiore; elettromiografia semplice [emg] per arto superiore		>=90% B e D
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026
Note: A decorrere dal 30/04/2026									

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: **Pediatria**

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

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, altrimenti mantenere. - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	5		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
2.11.b	10.4	Migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'eta' evolutiva (con attenzione all'eta' adolescenziale)	SI	D	5		Elaborazione e trasmissione ad ARCS e alla DCS di un documento di analisi epidemiologica regionale inerente le patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'eta' evolutiva (con attenzione all'eta' adolescenziale)		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.17	Miglioramento dei flussi e della programmazione delle attivita' del Day Hospital pediatrico	SI	D	5		Entro 45 giorni dalla formalizzazione e condivisione ufficiale del piano dei lavori di ristrutturazione da parte della Direzione Sanitaria: 1) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime di ricovero diurno (Day Hospital), con definizione di tempi e modalita' di inserimento in lista d'attesa, programmazione delle attivita', accettazione, erogazione delle prestazioni e dimissione, garantendo la separazione dal flusso ambulatoriale. 2) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime ambulatoriale, con definizione delle modalita' di programmazione, prenotazione, accettazione, erogazione delle prestazioni.		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
	13.3	Miglioramento del percorso di presa in carico tra Ospedale e Territorio (ASUGI) di minori con Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA)	SI	D	5		- Formalizzare il gruppo di lavoro multiprofessionale/multidisciplinare (Burlo - ASUGI), entro il 30.05.2026 - Elaborare ed adottare un protocollo interaziendale (Burlo - ASUGI) per la gestione condivisa del paziente con DNA, entro il 31.12.2026	30.05.2026 -	31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzì**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
16.4		Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
16.6		Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
15.2		Implementazione del compilatore FUT elettronico	NO	D			Utilizzo del compilatore FUT nel 100% dei casi		31.12.2026
17.2		PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.3.2 e B.3.3	2.1	Tempi d'attesa - ricoveri chirurgici (patologie oncologiche e patologie non oncologiche prioritá A e B)	SI	D	5		- Biopsia percutanea del fegato (priorita'A - B)		>90%
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritá B e D	SI	D	10		prima visita oncologica; prima visita ematologica		>=90% B e D
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende,entro il 30.06.2026		30.06.2026

Note: A decorrere dal 30/04/2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	15		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026
Totale pesi:								100	

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia - RICERCA

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a call progettuali in qualita' di PI o co-PI condivise con il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi:

100

Pagina 69 di 138

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritari B e D	SI	D	10		prima visita cardiologica; prima visita dermatologica/allergologica; prima visita endocrinologica (rientrano tutte le prestazioni che afferiscono a quel codice dm es. prima visita diabetologica); prima visita nefrologica; prima visita pneumologica; prima visita reumatologica; elettrocardiogramma dinamico (secondo holter); elettrocardiogramma (PNGLA 2019 - 2021); test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile ; altri test cardiovascolari da sforzo (PNGLA 2019 - 2021); eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo; spirometria globale; spirometria semplice		>=90% B e D
							Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik		
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
							Note: A decorrere dal 30.04.2026		
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
Note: A decorrere dal 30/04/2026									
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	5		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.17	Miglioramento dei flussi e della programmazione delle attivita' del Day Hospital pediatrico	SI	D	5		Entro 45 giorni dalla formalizzazione e condivisione ufficiale del piano dei lavori di ristrutturazione da parte della Direzione Sanitaria: 1) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime di ricovero diurno (Day Hospital), con definizione di tempi e modalita' di inserimento in lista d'attesa, programmazione delle attivita', accettazione, erogazione delle prestazioni e dimissione, garantendo la separazione dal flusso ambulatoriale. 2) Elaborazione della procedura per la gestione del paziente in regime ambulatoriale, con definizione delle modalita' di programmazione, prenotazione, accettazione, erogazione delle prestazioni. 3) Monitoraggio trimestrale dell'attivita' ambulatoriale con verifica di: saturazione della disponibilita' ordinaria delle agende; attivazione delle agende di overbooking solo dopo saturazione della disponibilita' ordinaria; utilizzo dell'overbooking entro il 10% della disponibilita' ordinaria.		
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.e	14.2	Tempestivita' e completezza dell'alimentazione del flusso hospice	SI	D	5		% di completezza del flusso hospice in tempo utile ad effettuare i controlli propedeutici alla tempestiva alimentazione del flusso ministeriale (1. trimestre: entro il 20 aprile; 2. trimestre: 20 luglio; 3. trimestre: 20 ottobre; 4. trimestre: 20 gennaio (anno successivo))		98%
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
5.3.1.j -	17.1	Rete cure palliative: - PDTA per "La presa in carico clinico-assistenziale della persone in Cure Palliative in FVG" - Organizzazione di eventi formativi aziendali sul pdta successivamente alla sua adozione	SI	D	5		- Trasmissione formale a DCS e ARCS del documento del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale del minore in cure Palliative in FVG" - entro il 30.9.2026 - Almeno 1 evento formativo aziendale sul pdta successivamente alla sua adozione ed ENTRO il 31.12.2026	30.09.2026	-
5.3.1.g									31.12.2026
	10.7	RETE PEDIATRICA: Aggiornare la procedura aziendale relativa al "Trasporto Sanitario Interospedaliero Urgente del paziente pediatrico" (Deter. ARCS n. 766 del 21.12.2023), integrandola con la definizione esplicita delle risorse necessarie (personale, attrezzature, mezzi, responsabilita' operative).	NO	D			Trasmissione formale alla DCS/ARCS della procedura aggiornata		31.12.2026
5.3.1.h	11.4	Rete cure palliative: Formazione sulla fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	NO	D			Almeno 1 evento formativo aziendale		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
5.3.1.a	12.14	Rete cure palliative: Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento.	NO	D			- Programmare l'attivita' di ricovero hospice -N. posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi per tutto il 2026		2 pl +2 pl attivabili
	12.19	Rete clinica Pneumologica: adempiere alle attivita'previste dal PDTA Gestione paziente asma grave (DGR n.416 del 27.03.2026)	NO	D			- Attivazione Team pediatrico regionale multidisciplinare per patologia pneumologica complessa - Numero di incontri svolti/anno (almeno 2, anche in modalita' telematica) con verbale registrato		31.12.2026
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica - RICERCA

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a call progettuali in qualita' di PI o co-PI condivise con il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi:

100

Pagina 75 di 138

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

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

Responsabile:
dott. Alessandro Amadeo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, altrimenti mantenere. - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	10		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
A.2 - BERSAGLIO D9	10.1	Riduzione della percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	SI	D	10		% di abbandoni dal Pronto Soccorso	1,26%	<=2%

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

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

**Responsabile:
dott. Alessandro Amadeo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.7	RETE PEDIATRICA: Aggiornare la procedura aziendale relativa al "Trasporto Sanitario Interospedaliero Urgente del paziente pediatrico" (Deter. ARCS n. 766 del 21.12.2023), integrandola con la definizione esplicita delle risorse necessarie (personale, attrezzature, mezzi, responsabilita' operative).	SI	D	5		Trasmissione formale alla DCS/ARCS della procedura aggiornata		31.12.2026
	10.16	Miglioramento della segnaletica dei percorsi e dell'orientamento dell'utenza in Pronto Soccorso	SI	D	10		- Aggiornamentodella segnaletica orizzontale e verticaledei percorsi (accettazione ostetrica, PS pediatrico, sale d'attesa...) -Installazione e utilizzo degli schermi gia' presenti in Pronto Soccorso e attualmente non in uso per la diffusione continuativa di contenuti educativi e informativi (educazione alla dimissione, informativa sui codici colore e sui tempi di attesa).		31.12.2026
	10.19	Definire il percorso aziendale per la gestione del paziente pediatrico sottoposto ad analgo-sedazione procedurale	SI	D	10		Procedura aziendale per l'attivita' di analgo-sedazione procedurale pediatrica formalmente elaborata		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianficate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
1.11.a	12.5	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'eta' pediatrica, coinvolti nei diversi setting	SI	D	5		almeno 1 evento formativo		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Pediatria

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

**Responsabile:
dott. Alessandro Amaddeo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.11.b	12.6	Sicurezza negli ambienti di vita:Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce piu' a rischio (bambini)		SI D	5		- Numero interventi di comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). - Disponibileita' di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialita'. - Pubblicazione sul portale WHP del materiale informativo raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).		SI D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)		SI D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)		NO D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.3.2 e B.3.3	2.1	Tempi d'attesa - ricoveri chirurgici (patologie oncologiche e patologie non oncologiche prioritá A e B)	SI	D	10		- Colectomia laparoscopica prioritá A,B, C e D - Riparazione ernia inguinale prioritá A,B, C e D		>90%
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritá B e D	SI	D	10		Prima visita urologica		>=90% B e D
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuitá dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026

Note: A decorrere dal 30/04/2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
LEA NSG H04Z	10.5	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	SI	D	5		Applicarele indicazioni contenute nel documento aziendale "Azioni per la riduzione dei ricoveri con DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di ricovero ordinario" (Prot. GEN/INT 0002559 del 20/11/2024)		<= 20%
	10.10	Standardizzare le modalita' operative in blocco operatorio	SI	D	5		- Definire o aggiornare, approvandole formalmente, le Checklist operative per la preparazione e gestione degli interventi (contenenti la descrizione di: preparazione della sala operatoria, apparecchiature elettromedicali necessarie, descrizione dell'intervento e relativi ferri chirurgici/set strumentario, tipologia di anestesia e materiale correlato, DPI e dispositivi medici necessari); - Revisione e adeguamento del contenuto dei set chirurgici (container/bauman) ai limiti di peso consentiti (100% dei set).		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.13	Miglioramento dell'utilizzo della sala operatoria e della qualita dei dati inseriti ai fini medico legali	SI	D	5		Tasso di utilizzo della sala operatoria:somma, per ogni intervento, di tempo chirurgia + anestesia + cambio salastimato/tempo disponibile assegnato dalla programmazione chirurgica (ad es. 8-15): >= 85% Obiettivo valutabile solo con dati completi, corretti e coerenti per almeno il 90% degli interventi. Qualora tale soglia non sia raggiunta, l'obiettivo sara' considerato non raggiunto.		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianficate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

**Responsabile:
dott. Jurgen Schleef**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
8.4		Ottemperare alle disposizioni delle DGR 1436/2011 (degenze e ambulatori) e 1083/2012 (percorso nascita), per quanto di competenza	NO	D			Revisione della documentazione di competenza entro le scadenze previste, secondo le indicazioni della Struttura Qualita' e Accredimento.		31.12.2026
17.2		PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Maurizio Madonia F.F.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritari B e D	SI	D	10		Prima visita oculistica; fotografia fundus (PNGLA 2019 - 2021)		>=90% B e D
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026
Note: A decorrere dal 30/04/2026									

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Maurizio Madonia F.F.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita' di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	10		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
LEA NSG H04Z	10.5	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SI	D	5		Applicare le indicazioni contenute nel documento aziendale "Azioni per la riduzione dei ricoveri con DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di ricovero ordinario" (Prot. GEN/INT 0002559 del 20/11/2024)		<= 20%
	10.10	Standardizzare le modalita' operative in blocco operatorio	SI	D	5		- Definire o aggiornare, approvandole formalmente, le Checklist operative per la preparazione e gestione degli interventi (contenenti la descrizione di: preparazione della sala operatoria, apparecchiature elettromedicali necessarie, descrizione dell'intervento e relativi ferri chirurgici/set strumentario, tipologia di anestesia e materiale correlato, DPI e dispositivi medici necessari); - Revisione e adeguamento del contenuto dei set chirurgici (container/bauman) ai limiti di peso consentiti (100% dei set).		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Maurizio Madonia F.F.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.13	Miglioramento dell'utilizzo della sala operatoria e della qualita dei dati inseriti ai fini medico legali	SI	D	5		Tasso di utilizzo della sala operatoria:somma, per ogni intervento, di tempo chirurgia + anestesia + cambio salastimato/tempo disponibile assegnato dalla programmazione chirurgica (ad es. 8-15): >= 85% Obiettivo valutabile solo con dati completi, corretti e coerenti per almeno il 90% degli interventi. Qualora tale soglia non sia raggiunta, l'obiettivo sara' considerato non raggiunto.		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

**Responsabile:
dott. Maurizio Madonia F.F.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
17.2		PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritari B e D	SI	D	10		prima visita ortopedica		>=90% B e D
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026
Note: A decorrere dal 30/04/2026									

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita' di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
LEA NSG H04Z	10.5	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SI	D	5		Applicare le indicazioni contenute nel documento aziendale "Azioni per la riduzione dei ricoveri con DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di ricovero ordinario" (Prot. GEN/INT 0002559 del 20/11/2024)		<= 20%
	10.10	Standardizzare le modalita' operative in blocco operatorio	SI	D	5		- Definire o aggiornare, approvandole formalmente, le Checklist operative per la preparazione e gestione degli interventi (contenenti la descrizione di: preparazione della sala operatoria, apparecchiature elettromedicali necessarie, descrizione dell'intervento e relativi ferri chirurgici/set strumentario, tipologia di anestesia e materiale correlato, DPI e dispositivi medici necessari); - Revisione e adeguamento del contenuto dei set chirurgici (container/bauman) ai limiti di peso consentiti (100% dei set).		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.12	Miglioramento programmazione chirurgica: Formalizzare il programma almeno 15 giorni prima della data prevista per gli interventi	SI	D	10		Documento di programmazione formalizzato e condiviso con la programmazione chirurgica		
	10.13	Miglioramento dell'utilizzo della sala operatoria e della qualita dei dati inseriti ai fini medico legali	SI	D	5		Tasso di utilizzo della sala operatoria:somma, per ogni intervento, di tempo chirurgia + anestesia + cambio salastimato/tempo disponibile assegnato dalla programmazione chirurgica (ad es. 8-15): >= 85% Obiettivo valutabile solo con dati completi, corretti e coerenti per almeno il 90% degli interventi. Qualora tale soglia non sia raggiunta, l'obiettivo sara' considerato non raggiunto.		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

**Responsabile:
dott. Marco Carbone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
16.6		Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
8.4		Ottemperare alle disposizioni delle DGR 1436/2011 (degenze e ambulatori) e 1083/2012 (percorso nascita), per quanto di competenza	NO	D			Revisione della documentazione di competenza entro le scadenze previste, secondo le indicazioni della Struttura Qualita' e Accreditamento.		31.12.2026
17.2		PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritari B e D	SI	D	15		prima visita otorinolaringoiatrica; esame audiometrico tonale; esame audiometrico vocale; impedenzometria		>=90% B e D
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026
Note: A decorrere dal 30/04/2026									

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
LEA NSG H04Z	10.5	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SI	D	5		Applicare le indicazioni contenute nel documento aziendale "Azioni per la riduzione dei ricoveri con DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di ricovero ordinario" (Prot. GEN/INT 0002559 del 20/11/2024)		<= 20%
	10.10	Standardizzare le modalita' operative in blocco operatorio	SI	D	5		- Definire o aggiornare, approvandole formalmente, le Checklist operative per la preparazione e gestione degli interventi (contenenti la descrizione di: preparazione della sala operatoria, apparecchiature elettromedicali necessarie, descrizione dell'intervento e relativi ferri chirurgici/set strumentario, tipologia di anestesia e materiale correlato, DPI e dispositivi medici necessari); - Revisione e adeguamento del contenuto dei set chirurgici (container/bauman) ai limiti di peso consentiti (100% dei set).		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	10.13	Miglioramento dell'utilizzo della sala operatoria e della qualita dei dati inseriti ai fini medico legali	SI	D	10		Tasso di utilizzo della sala operatoria:somma, per ogni intervento, di tempo chirurgia + anestesia + cambio salastimato/tempo disponibile assegnato dalla programmazione chirurgica (ad es. 8-15): >= 85% Obiettivo valutabile solo con dati completi, corretti e coerenti per almeno il 90% degli interventi. Qualora tale soglia non sia raggiunta, l'obiettivo sara' considerato non raggiunto.		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	8.4	Ottemperare alle disposizioni delle DGR 1436/2011 (degenze e ambulatori) e 1083/2012 (percorso nascita), per quanto di competenza	NO	D			Revisione della documentazione di competenza entro le scadenze previste, secondo le indicazioni della Struttura Qualita' e Accredimento.		31.12.2026
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia - RICERCA

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a call progettuali in qualita' di PI o co-PI condivise con il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi:

100

Pagina 95 di 138

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate. Note: A decorrere dal 30.04.2026		100%
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende,entro il 30.06.2026 Note: A decorrere dal 30/04/2026		30.06.2026
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	10		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.4	Ottemperare alle disposizioni delle DGR 1436/2011 (degenze e ambulatori) e 1083/2012 (percorso nascita), per quanto di competenza	SI	D	5		Revisione della documentazione di competenza entro le scadenze previste, secondo le indicazioni della Struttura Qualita' e Accreditamento.		31.12.2026
C.3.d - C.3.e	10.2	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'OVAIO Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'UTERO.	SI	D	5		Adozione dei PDTA unici ASUGI-BURLO, rispettando il seguente cronoprogramma: Entro il 30/6/2026, condivisione bozze con ASUGI; Entro il 31/10/2026, Pubblicazione dei PDTA.		30.06.2026 - 31.10.2026
	10.7	RETE PEDIATRICA: Aggiornare la procedura aziendale relativa al "Trasporto Sanitario Interospedaliero Urgente del paziente pediatrico" (Deter. ARCS n. 766 del 21.12.2023), integrandola con la definizione esplicita delle risorse necessarie (personale, attrezzature, mezzi, responsabilita' operative).	SI	D	5		Trasmissione formale alla DCS/ARCS della procedura aggiornata		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.10	Standardizzare le modalita' operative in blocco operatorio	SI	D	5		- Definire o aggiornare, approvandole formalmente, le Checklist operative per la preparazione e gestione degli interventi (contenenti la descrizione di: preparazione della sala operatoria, apparecchiature elettromedicali necessarie, descrizione dell'intervento e relativi ferri chirurgici/set strumentario, tipologia di anestesia e materiale correlato, DPI e dispositivi medici necessari);		31.12.2026
	10.13	Miglioramento dell'utilizzo della sala operatoria e della qualita dei dati inseriti ai fini medico legali	SI	D	5		- Tasso di utilizzo della sala operatoria:somma, per ogni intervento, di tempo chirurgia + anestesia + cambio salastimato/tempo disponibile assegnato dalla programmazione chirurgica (ad es. 8-15): >= 85%; - Tempo medio di flusso (tra uscita paziente e ingresso paziente successivo): < 30% del tempo di cambio sala stimato. Obiettivo valutabile solo con dati completi, corretti e coerenti per almeno il 90% degli interventi. Qualora tale soglia non sia raggiunta, l'obiettivo sara' considerato non raggiunto.		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianficate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
16.4		Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
17.2		PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
1.14.c	2.9	Programma di odontoiatria pubblica:Erogazione di prime visite e di visite di controllo	SI	D	5		Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo, in presenza o per mezzo di servizi di telemedicina) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica		<=33%
1.14.d.2	2.11	Programma di odontoiatria pubblica:Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	SI	D	5		N di pazienti presi in carico entro 6 mesi dalla visita presso i centri ospitanti persone con disabilita':50% dei pazienti minorenni segnalati da ASUGI		31.12.2026
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate. Note: A decorrere dal 30.04.2026		100%
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende,entro il 30.06.2026 Note: A decorrere dal 30/04/2026		30.06.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : Migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.4	Ottemperare alle disposizioni delle DGR 1436/2011 (degenze e ambulatori) e 1083/2012 (percorso nascita), per quanto di competenza	SI	D	5		Revisione della documentazione di competenza entro le scadenze previste, secondo le indicazioni della Struttura Qualita' e Accreditamento.		31.12.2026
	10.10	Standardizzare le modalita' operative in blocco operatorio	SI	D	5		- Definire o aggiornare, approvandole formalmente, le Checklist operative per la preparazione e gestione degli interventi (contenenti la descrizione di: preparazione della sala operatoria, apparecchiature elettromedicali necessarie, descrizione dell'intervento e relativi ferri chirurgici/set strumentario, tipologia di anestesia e materiale correlato, DPI e dispositivi medici necessari); - Revisione e adeguamento del contenuto dei set chirurgici (container/bauman) ai limiti di peso consentiti (100% dei set).		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

**Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	10.13	Miglioramento dell'utilizzo della sala operatoria e della qualita dei dati inseriti ai fini medico legali	SI	D	5		Tasso di utilizzo della sala operatoria:somma, per ogni intervento, di tempo chirurgia + anestesia + cambio salastimato/tempo disponibile assegnato dalla programmazione chirurgica (ad es. 8-15): >= 85% Obiettivo valutabile solo con dati completi, corretti e coerenti per almeno il 90% degli interventi. Qualora tale soglia non sia raggiunta, l'obiettivo sara' considerato non raggiunto.		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianficate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
1.14.a - 1.14.b	12.7	Programma di odontoiatria pubblica: Garantire le prestazioni ambulatoriali	SI	D	5		- Garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni / anno, anche tramite la riorganizzazione dell'offerta e dei percorsi - Garantire un aumento del 2,5% delle prestazioni erogate nell'anno 2024 o nell'anno 2019, se superiore al 2024.		
1.14.f	12.9	Programma di odontoiatria pubblica:Inventario al 31.12.2025 delle attrezzature odontoiatriche (riuniti, radiografici sterilizzatrici, laser, ecc) con anno di acquisizione, sede di utilizzo, stato di funzionalita', condizioni di utilizzo e costo di manutenzione annuo del 2025	SI	D	5		Trasmissione dell'inventariato a DCS, Coordinamento della Rete e ARCS		entro il 31.03.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
1.14.d.1	2.10	Programma di odontoiatria pubblica: Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	NO	D			Trasmissione alla DCS, per il tramite del Coordinamento regionale, di report trimestrali sull'attivita' svolta (sia LEA che EXTRA LEA), liste attesa, rispetto dei tempi di attesa per le visite con classe di priorita' UBDP, consumi, ticket incassati, ore apertura ambulatori, ore attivita' professionisti e monitoraggio dell'appropriata applicazione dei criteri per le classi di priorita' UBDP, con trasmissione da effettuarsi entro 60 giorni dalla chiusura del trimestre oggetto della relazione		4 report trimestrali trasmessi
1.14.h	10.3	Programma di odontoiatria pubblica:Attivazione del progetto DAMA	NO	D			Attivazione aziendale del progetto DAMA e comunicazione formale della stessa a DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ARCS		Entro 30.6.2026
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
			Totale pesi: 100						

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate. Note: A decorrerre dal 30.04.2026		100%
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende,entro il 30.06.2026 Note: A decorrere dal 30/04/2026		30.06.2026
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	10		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	3.9	Progetto regionale per l'estensione dei follow up dei nati pretermine	SI	D	5		Realizzare le attivita' previste ENTRO 30.06.2026 e rendicontare alla DCS ENTRO il 30.09.2026		30.06.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
11.7		Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
1.9.b	12.3	Promozione e sostegno all'allattamento: promozione della donazione del latte umano per l'alimentazione dei neonati ad alto rischio	SI	D	5		Disponibilita' di materiale informativo per promuovere la donazione del latte materno:Evidenza documentale		31.12.2026
4.2.d	13.1	Promozione e facilitazione dell'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	SI	D	10		Definizione di un percorso aziendale congiunto ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale: - Predisposizione documento e sua trasmissione a DCS e ARCS entro il 30.9.2025 - relazione attivita' trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.12.2026		30.09.2026 - 31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
dott.ssa Laura Travan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
16.4		Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
16.6		Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
8.4		Ottemperare alle disposizioni delle DGR 1436/2011 (degenze e ambulatori) e 1083/2012 (percorso nascita), per quanto di competenza	NO	D			Revisione della documentazione di competenza entro le scadenze previste, secondo le indicazioni della Struttura Qualita' e Accreditamento.		31.12.2026
17.2		PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.3.2 e B.3.3	2.1	Tempi d'attesa - ricoveri chirurgici (patologie oncologiche e patologie non oncologiche prioritaria A e B)	SI	D	5		- Tumore maligno dell'utero prioritaria A >90%		>90%
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritaria B e D	SI	D	5		prima visita ginecologica; ecografia ginecologica con sonda transvaginale o addominale; ecografia ostetrica (PNGLA 2019 - 2021)		>=90% B e D
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	3.6	Rafforzare il confronto clinico multidisciplinare attraverso incontri periodici con il consulente infettivologo	SI	D	5		Almeno 1 incontro al mese formalizzato con verbale o evidenza documentale		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI), rispetto alla media dell'ultimo triennio:migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100% - in solido con la S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
C.3.d - C.3.e	10.2	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'OVAIO Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'UTERO.	SI	D	5		Adozione dei PDTA unici ASUGI-BURLO, rispettando il seguente cronoprogramma: Entro il 30/6/2026, condivisione bozze con ASUGI; Entro il 31/10/2026, Pubblicazione dei PDTA.		30.06.2026 - 31.10.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
LEA NSG H04Z	10.5	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SI	D	5		Applicare le indicazioni contenute nel documento aziendale "Azioni per la riduzione dei ricoveri con DRG ad alto rischio di non appropriatazza in regime di ricovero ordinario" (Prot. GEN/INT 0002559 del 20/11/2024)		<= 20%
	10.10	Standardizzare le modalita' operative in blocco operatorio	SI	D	5		- Definire o aggiornare, approvandole formalmente, le Checklist operative per la preparazione e gestione degli interventi (contenenti la descrizione di: preparazione della sala operatoria, apparecchiature elettromedicali necessarie, descrizione dell'intervento e relativi ferri chirurgici/set strumentario, tipologia di anestesia e materiale correlato, DPI e dispositivi medici necessari); - Revisione e adeguamento del contenuto dei set chirurgici (container/bauman) ai limiti di peso consentiti (100% dei set).		31.12.2026
	10.12	Miglioramento programmazione chirurgica: Formalizzare il programma almeno 15 giorni prima della data prevista per gli interventi	SI	D	5		Documento di programmazione formalizzato e condiviso con la programmazione chirurgica		
	10.13	Miglioramento dell'utilizzo della sala operatoria e della qualita dei dati inseriti ai fini medico legali	SI	D	5		Tasso di utilizzo della sala operatoria:somma, per ogni intervento, di tempo chirurgia + anestesia + cambio salastimato/tempo disponibile assegnato dalla programmazione chirurgica (ad es. 8-15): >= 85% Obiettivo valutabile solo con dati completi, corretti e coerenti per almeno il 90% degli interventi. Qualora tale soglia non sia raggiunta, l'obiettivo sara' considerato non raggiunto.		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	5		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	8.4	Ottemperare alle disposizioni delle DGR 1436/2011 (degenze e ambulatori) e 1083/2012 (percorso nascita), per quanto di competenza	NO	D			Revisione della documentazione di competenza entro le scadenze previste, secondo le indicazioni della Struttura Qualita' e Accreditamento.		31.12.2026
BERSAGLIO C7.3 - BERSAGLIO C7.6	10.6	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti	NO	D			- % di episiotomie depurate (NTSV) -% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)		<20%; <7,5%
	10.14	Aggiornare la procedura aziendale del Percorso Nascita	NO	D			- revisione ed aggiornamento del PDTA sulla gestione antenatale della gravidanza BRO e della gravidanza ad alto rischio - stesura del PDTA "Gestione della gravidanza a termine" - revisione ed aggiornamento del PDTA del travaglio/parto BRO.		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.2.c	11.2	Promozione del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) incentivando la gestione in autonomia delle ostetriche delle gravidanze BRO	NO	D			N. gravidanze che hanno seguito il percorso BRO a conduzione ostetrica/N. di gravidanze etichettate BRO al ricovero per il parto x 100		>=50%
4.2.g.1	11.3	Assistenza materno infantile: realizzare almeno 1 evento formativo sulla salute mentale perinatale	NO	D			Realizzare almeno 1 evento formativo sulla salute mentale perinatale		31.12.2026
1.9.b	12.3	Promozione e sostegno all'allattamento: promozione della donazione del latte umano per l'alimentazione dei neonati ad alto rischio	NO	D			Disponibilita' di materiale informativo per promuovere la donazione del latte materno: Evidenza documentale		31.12.2026
1.9.d	12.4	Vaccinazioni in gravidanza: definizione di un protocollo operativo per l'offerta e la somministrazione delle vaccinazioni in gravidanza	NO	D			Presenza del documento		31.12.2026
4.4.c	12.13	Trapianti e donazioni: Avviamento del percorso per la donazione di placenta	NO	D			Avvio percorso per la donazione di placenta		31.12.2026
4.2.d	13.1	Promozione e facilitazione dell'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	NO	D			Definizione di un percorso aziendale congiunto ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale: - Predisposizione documento e sua trasmissione a DCS e ARCS entro il 30.9.2025 - relazione attivita' trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.12.2026		30.09.2026 - 31.12.2026
	13.2	Attivare la scheda di dimissione protetta per l'ADULTO e garantirne l'utilizzo per tutti i pazienti che richiedono dimissione protetta, assicurando la corretta formazione del personale.	NO	D			- Personale formato all'utilizzo della scheda, entro il 15.05.2026 - 100% di pazienti dimessi con scheda compilata, a decorrere dal 01.06.2026		15.04.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica - RICERCA

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a call progettuali in qualita' di PI o co-PI condivise con il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi:

100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

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

Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	10		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate. Note: A decorrere dal 30.04.2026		100%
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	10		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende,entro il 30.06.2026 Note: A decorrere dal 30/04/2026		30.06.2026
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	10		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

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

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio:migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%- in solido con la SCU Clinica Ostetrica Ginecologica - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	10		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
C.3.d - C.3.e	10.2	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'OVAIO Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'UTERO.	SI	D	5		Adozione dei PDTA unici ASUGI-BURLO, rispettando il seguente cronoprogramma: Entro il 30/6/2026, condivisione bozze con ASUGI; Entro il 31/10/2026, Pubblicazione dei PDTA.		30.06.2026 - 31.10.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

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

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026
Totale pesi:								100	

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

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

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	4.3	Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		30	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
	4.4	Partecipare a call progettuali in qualita' di PI o co-PI condivise con il responsabile di struttura	SI	C		30	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI, concordati con il responsabile di struttura e RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
	11.8	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		25	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione del budget 2026		
	11.9	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse utilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

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

Direttore Dipartimento
 prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
LEA NSG D10Z - LEA NSG D11Z	2.8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi di Attesa Assicurare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritari B e D	SI	D	5		ecografia ostetrica (PNGLA 2019 - 2021)		
Note: Monitoraggio ex-ante Fonte: Qlik									
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	10		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
Note: A decorrere dal 30.04.2026									
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026		30.06.2026
Note: A decorrere dal 30/04/2026									

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

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

Direttore Dipartimento
 prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	10		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	3.12	Ripristinaregli incontri formativi relativi al percorso di screening prenatale per l'utenza	SI	D	10		Produzione del materiale informativo per la popolazione.		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

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

**Direttore Dipartimento
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	10		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita'concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026
Totale pesi:								100	

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate. Note: A decorrerre dal 30.04.2026		100%
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende,entro il 30.06.2026 Note: A decorrere dal 30/04/2026		30.06.2026
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita' di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	3.6	Rafforzare il confronto clinico multidisciplinare attraverso incontri periodici con il consulente infettivologo	SI	D	5		Almeno 1 incontro al mese formalizzato con verbale o evidenza documentale		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
BERSAGLIO C7.3 - BERSAGLIO C7.6	10.6	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti	SI	D	5		- % di episiotomie depurate (NTSV) -% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)		<20%; <7,5%
	10.14	Aggiornare la procedura aziendale del Percorso Nascita	SI	D	5		- revisione ed aggiornamento del PDTA sulla gestione antenatale della gravidanza BRO e della gravidanza ad alto rischio - stesura del PDTA "Gestione della gravidanza a termine".		31.12.2026
	10.31	Gestione delle infezioni peripartum	SI	D	10		Elaborazione PDTA		31.12.2026
4.2.g.1	11.3	Assistenza materno infantile: realizzare almeno 1 evento formativo sulla salute mentale perinatale	SI	D	5		Realizzare almeno 1 evento formativo sulla salute mentale perinatale		31.12.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	5		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
1.9.d	12.4	Vaccinazioni in gravidanza: definizione di un protocollo operativo per l'offerta e la somministrazione delle vaccinazioni in gravidanza	SI	D	5		Presenza del documento		31.12.2026
7.a	14.5	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera).	SI	D	5		- Personale formato >=50% - Il sistema di classificazione ICD 10 IM e CIPI e' utilizzato a partire dal 01.07.2026(100%)		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (toleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	16.6	Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, modulato tenendo conto del decremento complessivo dei parti (dato regionale) Dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	8.4	Ottemperare alle disposizioni delle DGR 1436/2011 (degenze e ambulatori) e 1083/2012 (percorso nascita), per quanto di competenza	NO	D			Revisione della documentazione di competenza entro le scadenze previste, secondo le indicazioni della Struttura Qualita' e Accreditamento.		31.12.2026
4.2.c	11.2	Promozione del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) incentivando la gestione in autonomia delle ostetriche delle gravidanze BRO	NO	D			N. gravidanze che hanno seguito il percorso BRO a conduzione ostetrica/N. di gravidanze etichettate BRO al ricovero per il parto x 100		>=50%

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione", assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate. Note: A decorrerre dal 30.04.2026		100%
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende, entro il 30.06.2026 Note: A decorrere dal 30/04/2026		30.06.2026
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita'di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	5.2	Attivare gli screening previsti dalla DGR 1991/2024	SI	D	10		avviare lo screening per la SCID - evidenza dell'attivita' svolta		
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	10		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
C.3.d - C.3.e	10.2	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'OVAIO Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'UTERO.	SI	D	5		Adozione dei PDTA unici ASUGI-BURLO, rispettando il seguente cronoprogramma: Entro il 30/6/2026, condivisione bozze con ASUGI; Entro il 31/10/2026, Pubblicazione dei PDTA.		30.06.2026 - 31.10.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

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 2025	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Garantire un' efficiente gestione delle scorte del magazzino LABOR.	SI	D	5		Assicurare un indice di rotazione di magazzino >= 7,46 e mantenere i giorni medi di giacenza ≤ 48,92. Note: La valutazione verra' effettuata in solido.		
	16.5	Mantenere o incrementare il tariffato complessivo delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al 2025	SI	D	10		- >= valore 2025 della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica - RICERCA

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a a call progettuali in qualita' di PI o co-PIcondivisecon il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresseutilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi:

100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
B.1.b	2.3	Utilizzo RAO -% utilizzo Altro (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% utilizzo Altro		<= 20%
B.1.b	2.4	Utilizzo RAO -% Valutazione concordanza (a decorrere dal 01.05.2026)	SI	D	5		% Valutazione concordanza		>= 90%
B.2.1.b	2.5	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini -Trasmissione a DCS del documento di ricognizione delle risorse (apparecchiature e personale) delle strutture di diagnostica per immagini	SI	D	5		Trasmissione a DCS del documento di ricognizione delle risorse (apparecchiature e personale) delle strutture di diagnostica per immagini		Entro il 31.03.2026
B.2.1.d - B.2.1.e - B.2.1.f	2.6	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini - garantire entro i tempi le prestazioni radiologiche del paniere Agenas prescritte in classe di priorita' B, D e P	SI	D	15		% di prestazioni radiologiche del paniere Agenas prescrittegarantite entro i tempi (2. semestre) +20% se dato 1. trimestre <=50% +15% se dato 1. trimestre >50% e <=70% +10%se dato 1. trimestre >70% (o fino al 90%) Calcolato sulla base del dato 1. trimestre 2026		
							Note: Cruscotto Qlik. Monitoraggio ex-ante		
	2.15	Migliorare le agende di prenotazione: garantire la continuita' dell'offerta secondo le indicazioni della DCS	SI	D	5		Rispettare le indicazioni fornite dall'Ufficio Gestione prestazioni relativamente alle sospensioni delle agende definite nel documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione",assicurando che eventuali sospensioni siano comunicate con adeguato preavviso e accompagnate da un piano di recupero delle prestazioni non erogate.		100%
							Note: A decorrerre dal 30.04.2026		
	2.17	Predisporre una proposta di revisione delle agende coerente con il piano di lavoro della struttura e con il documento "Criteri di costruzione delle agende e modalita' di sospensione"	SI	D	5		Trasmissione all'Ufficio Gestione Prestazioni Sanitarie e Percorsi Clinici della proposta di revisione delle agende,entro il 30.06.2026		30.06.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
Note: A decorrere dal 30/04/2026									
	3.4	Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita' di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	5		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
	4.1	Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, altrimenti mantenere. - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
	8.1	Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	10		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
C.3.d - C.3.e	10.2	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'OVAIO Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'UTERO.	SI	D	5		Adozione dei PDTA unici ASUGI-BURLO, rispettando il seguente cronoprogramma: Entro il 30/6/2026, condivisione bozze con ASUGI; Entro il 31/10/2026, Pubblicazione dei PDTA.	30.06.2026 -	31.10.2026
	11.7	Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

**Responsabile:
dott. Claudio Granata**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.4	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
	17.2	PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026
Totale pesi:								100	

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
3.4		Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita' di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	10		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
8.1		Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	15		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		
10.15		Tossicologia forense: ricognizione attivita' e attrezzature	SI	D	15		Censimento attivita', attrezzature e campioni, secondo il format inviato dalla direzione sanitaria		30.09.2026
10.32		Definizione di una procedura in condivisione con ASUGI per la gestione dei campioni consegnati al laboratorio fuori orario (pomeriggio dopo le 16, notte, sabato, domenica e festivi) in quanto indifferibili per esigenze cliniche	SI	D	10		Evidenza documentale: Riduzione del N. di non conformita' (NC) relative ad accettazione campioni in fascia extra orario di lavoro del 50% rispetto al valore 2025		31.12.2026

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
11.7		Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
16.2		Garantire un' efficiente gestione delle scorte del magazzino LABOR.	SI	D	5		Assicurare un indice di rotazione di magazzino >= 7,46 e mantenere i giorni medi di giacenza ≤ 48,92. Note: La valutazione verra' effettuata in solido.		
16.4		Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2023-2025	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo .		
17.2		PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a a call progettuali in qualita' di PI o co-PIcondivisecon il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresseutilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi:

100

Pagina 135 di 138

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
3.4		Rischio clinico: garantire la partecipazione alle attivita' di gestione del rischio clinico secondo le indicazioni del Risk Manager	SI	D	10		- Almeno 1 segnalazione a trimestre di eventi avversi, near miss o infezioni correlate all'assistenza (>= 4 segnalazioni/anno) - Partecipazione al 90% delle convocazioni ricevute (audit) - Trasmissione completa dei dati richiesti entro le scadenze previste (es igiene delle mani e adesione ai bundle, ...)		
3.10		Effettuare il monitoraggio della colonizzazione dei microorganismi resistenti sulle superfici ospedaliere nei reparti a medio / altorischio con tecniche molecolari	SI	D	15		Produzione di relazione periodica		
3.11		Attivare una piattaforma in condivisione con il PS pediatrico per il monitoraggio microbiologico e clinico delle infezioni respiratorie emergenti.	SI	D	15		Produzione di report semestrale.		
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI), rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		31.12.2026
8.1		Accreditamento e certificazione: adempiere agli obblighi secondo le indicazioni dell'Ufficio Accreditamento e Qualita'.	SI	D	15		Completamento degli adempimenti previsti dal Piano della Qualita' 2026		

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
11.7		Garantire una corretta programmazione e fruizione delle ferie E avviare l'attuazione del cronoprogramma per il recupero delle ferie pregresse presentato nel 2025	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Usufruire, ove previsto, delle ferie pianificate nel cronoprogramma, elaborato nel 2025 e secondo i criteri condivisi in sede di budget		31.12.2026
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
16.2		Garantire un' efficiente gestione delle scorte del magazzino LABOR.	SI	D	5		Assicurare un indice di rotazione di magazzino >= 7,46 e mantenere i giorni medi di giacenza ≤ 48,92. Note: La valutazione verra' effettuata in solido.		
16.7		Mantenere o incrementare i volumi COMPLESSIVI delle prestazioni ambulatoriali rispetto al miglior dato del triennio 2023-2025	SI	D	5		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
17.2		PER I RESPONSABILI DI SC/SSD: Partecipare attivamente agli incontri di coordinamento convocati dalla Direzione sanitaria assicurando lo svolgimento delle azioni concordate, in relazione ai lavori di ristrutturazione e riorganizzazione previsti (es. lavori Terapia Intensiva, Oncoematologia, Hospice pediatrico...)	NO	D			- Partecipazione agli incontri convocati (100%) - Realizzazione delle attivita' concordate (100%) Entrambe rendicontate da verbale di Direzione sanitaria		31.12.2026

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2026

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2025	Soglia
4.1		Ricerca: MANTENERE LO STATUS DI IRCCS RISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC, COLLEGATE AL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'IRCCS DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI),rispetto alla media dell'ultimo triennio : migliorare la % di IF riconosciuto dal Ministero, se la percentuale e' inferiore al 100%, COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000: almeno 1 bandi per struttura - predisporre la presentazione dei progetti della struttura in formato Abstract su ppt in vista della site visit su format fornito dalla direzione scientifica		
4.3		Attivare collaborazioni e/o reti progettuali con istituzioni italiane o internazionali condivisi con il responsabile di struttura	SI	C		20	Evidenza dell'attivazione attraverso progetti e/o pubblicazioni		
4.4		Partecipare a a call progettuali in qualita' di PI o co-PIcondivisecon il responsabile di struttura	SI	C		20	Partecipazione ad almeno 2 call progettuali (escluse RC e 5x1000) come PI o co-PI,concordati con il responsabile di struttura eRISPETTO AL MANDATO ISTITUZIONALE DI AREA PEDIATRICA (DISCIPLINE MATERNO/INFANTILI)		
11.8		Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		15	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2026		
11.9		Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	C		15	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresseutilizzando un sistema di rotazione efficace del personale		

Totale pesi: 100