

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 207 DEL 06/12/2022

OGGETTO: Rinegoiazione budget 2022 - modifica del decreto N. 104 dd. 27/6/2022
"Assegnazione per l'anno 2022 del budget ai centri di attività e risorsa"

Sottoscritto dal Direttore Generale

Dott. Stefano Dorbolò

nominato con Delibera della Giunta Regionale n.2267 del 27.12.2019

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

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

<i>Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica</i>	
IL RESPONSABILE ad interim della S.S.D. Programmazione e Controllo	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i>	dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i>
data 23 novembre 2022	data 23 novembre 2022

IL DIRETTORE GENERALE

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

Data lettura della determinazione del Direttore amministrativo n. 153/2022 relativa all'adozione del Sistema di valutazione a valere sull'anno 2021 ed in corso di revisione nell'anno 2022 per la parte relativa alla valutazione individuale;

Visto il decreto n. 49 dd. 6/4/2022 con il quale è stato adottato il Piano Attuativo Ospedaliero - PAO 2022;

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

Atteso che con decreto n. 104 dd. 27/6/2022 si è proceduto all' "Assegnazione per l'anno 2022 del budget ai centri di attività e di risorsa";

Considerato che nel corso del monitoraggio degli obiettivi 2022, avvenuto nel mese di settembre 2022, sono emersi degli errori materiali, oltre che alcune criticità, segnalate dai responsabili dei singoli progetti;

Ritenuto pertanto di dover rimodulare alcuni indicatori al fine di rendere maggiormente coerente l'obiettivo all'indicatore stesso, così come indicato nell'allegato 1 "Obiettivi di attività 2022 - revisione", nel campo note ed in carattere maiuscolo;

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

Ritenuto conseguentemente di procedere alla riformulazione di alcuni obiettivi, nei nuovi termini indicati nell'allegato 1 "Obiettivi di attività 2022 - revisione", facente parte integrante del presente provvedimento nel campo note ed in carattere maiuscolo;

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

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

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

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

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di procedere alla rimodulazione di alcuni obiettivi, indicatori e soglie, previsti nel decreto n. 104/2022 nei nuovi termini indicati nell'allegato 1 "Obiettivi di attività 2022 - revisione", come evidenziato nel campo note ed in carattere maiuscolo, facente parte integrante del presente provvedimento;

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

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

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL DIRETTORE SANITARIO
dott.ssa Serena Sincovich <i>atto firmato digitalmente</i> data 06 dicembre 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 2 del 02.01.2020	prof. Massimo Zeviani <i>atto firmato digitalmente</i> data 06 dicembre 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 59 del 27.04.2022	dott.ssa Paola Toscani <i>atto firmato digitalmente</i> data 06 dicembre 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2020

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

ELENCO ALLEGATI:
1. ALLEGATO 1

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANO DORBOLO'

CODICE FISCALE: DRBSFN64E08L483U

DATA FIRMA: 06/12/2022 14:34:46

IMPRONTA: 5D271A5A25E39127862019E65DF09F3F2428F72ED964B9BE435D153873E01D7D
2428F72ED964B9BE435D153873E01D7D6A943D75EFC3FE6BBC28749885B15BC4
6A943D75EFC3FE6BBC28749885B15BC436B94E382F24CD61F7C72839737E9C06
36B94E382F24CD61F7C72839737E9C06423D1D3F171F9636B3A06D9137002B9D



Allegato 1

Obiettivi di attività 2022 - revisione

• DIREZIONE GENERALE	
Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (URP)	3
S.S.D. Programmazione e Controllo	5
Ufficio Formazione	7
Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA)	9
• DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA	
S.C. Affari Generali e Legali	11
S.C. Gestione Economico - Finanziaria	14
S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	16
S.S.D. Politiche del Personale.....	19
S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale	21
Dipartimento della Gestione Tecnico Amministrativa	24
• DIREZIONE SANITARIA	
Direzione Sanitaria.....	26
S.C. Direzioni delle Professioni Sanitarie.....	29
S.S.D. Direzione Medica di Presidio	32
S.S.D. Farmacia	35
• DIREZIONE SCIENTIFICA	
Direzione Scientifica.....	38
• DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA	
S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	40
S.C. Oncoematologia	43
S.C. Neuropsichiatria Infantile.....	45
S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	48
• DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	
S.C. Oculistica.....	50
S.S.D. Odontostomatologia.....	52
S.C. Chirurgia	54
S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia	56
S.C. Ortopedia e Traumatologia	58
• DIPARTIMENTO MATERNO – NEONATALE E DELLE TERAPIE INTENSIVE	
S.C. Neonatologia	60
S.C. Anestesia e Rianimazione	62
S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita.....	64
S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	66
S.S.D. Gravidanza a Rischio.....	68
S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica.....	71
• DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA AVANZATA	
S.S.D. R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	74
S.C. Genetica Medica.....	76
S.C. R. Radiologia Pediatrica.....	78
S.C. R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	80
S.C. R. Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari.....	82

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

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

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	C	10		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
7.2		Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI	C	10		Redazione del "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) in collaborazione con la Direzione Scientifica, SSD Politiche del Personale, SC Affari generali e legali e altre strutture coinvolte, propedeutico alla programmazione 2023.	evidenza documentale entro il 31/12/2022	
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	C	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022	
9.1		Risposta ai reclami entro 30 giorni.	SI	C	10		Risposta ai reclami entro 30 giorni per almeno l'80% dei casi.	evidenza documentale	
9.3		Revisione e aggiornamento delle carte dei servizi	SI	C	20		Revisionata la: Carta dei servizi, Carta dei servizi per area pediatrico adolescenziale, Percorso Nascita	Evidenza documentale	

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

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

**Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
9.4		Scuola in Ospedale	SI	C	10		Realizzazione di progettualita' e interventi a supporto e per la promozione della Scuola In Ospedale	Evidenza documentale	
9.5		Customer satisfaction	SI	C	10		Coordinare le indagini di soddisfazione sui ricoveri e attivita' ambulatoriali (in collaborazione con SC/SSD e le piattaforme)	Evidenza documentale	
9.6		Progetti innovativi: Segnaletica interna	SI	C	10		Adozione, implementazione e monitoraggio della segnaletica interna QVAD (QR-code)	Evidenza documentale	
10.13		Convenzione Nautico - Galvani per l'effettuazione di percorsi per le competenze trasversali	SI	C	10		Realizzazione di almeno un progetto per l'alternanza scuola-lavoro.	Evidenza documentale	
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI E	10	10		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI E	10	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI E	10	10		Supporto alla predisposizione degli obiettivi programmatici nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 31/12/2022)	evidenza documentale	entro le scadenze previste
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, così come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI E	15	15		- Coordinare le attivita' propedeutiche e inviare report periodici di aggiornamento alla Direzione Strategica - partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI E	10	10		- Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio basso	100%	
	14.3	Migliorare la reportistica periodica per le SC/SSD	SI E	10	10		- Invio semestrale tramite mail dei report di monitoraggio delle firme digitali.		
	14.4	Partecipare al progetto AOPI relativo agli standard del personale in ambito pediatrico	SI E	15	15		Partecipazione agli incontri ed invio del materiale richiesto		evidenza documentale
	15.2	Sistema Informativo gestione economica finanziaria e economato. Contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI E	10	10		- Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema. - Partecipazione al 90% delle riunioni convocate da Data processing, Insiel, ARCS o DCS di interesse della struttura		
A	16.5	Rendicontazione costi COVID-19.	SI E	10	10		Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.		evidenza documentale
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Responsabile:
 dott.ssa Cinzia Decorti
 dott.ssa Martina Debelli

Struttura: Ufficio Formazione

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
3.5		Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	C	10		Collaborare alla realizzazione entro 31/12/2022: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti		
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	C	10		-Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione - Partecipare alla FAD anticorruzione.		
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	C	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
10.40		Definire i criteri per l'identificazione degli eventi cd "a valore aggiunto".	SI	C	15		I criteri sono identificati	Entro 30/06	
10.41		Estendere la certificazione della struttura: acquisire la certificazione ISO21001 Sistema di Gestione delle Organizzazioni Educative (EOMS)	SI	C	20		La certificazione ISO 21001 e' stata acquisita	Entro 31/12	

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Responsabile:
 dott.ssa Cinzia Decorti
 dott.ssa Martina Debelli

Struttura: Ufficio Formazione

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.42	Attivare le iscrizioni on line con il nuovo gestionale della formazione TOM	SI	C	15		Almeno 5 eventi sono gestiti con iscrizioni on line su TOM	Entro 31/12	
11.4	11.2	Programmazione della formazione.	SI	C	10		1) Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della Formazione entro il 31.03.2022; 2) presa d'atto del Piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PFR; 3) redazione ed invio della Relazione annuale sulle attivita' formative 2022 entro il 31.05.2022.		
16.6		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	C	10		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.	<=0	
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
3.4		Adeguare le disposizioni organizzative e procedurali dell'IRCCS per fronteggiare una maxi emergenza	SI E	15	15		Supporto alla redazione del nuovo piano della maxiemergenza	evidenza documentale	
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI E	15	15		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI E	15	15		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022	
10.10		Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI E	15	15		Supporto al trasferimento presso i nuovi locali ed alla riqualificazione dei locali presso via dell'Istria	evidenza documentale	
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI E	10	10		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
							Note: NUOVO INDICATORE: - REDAZIONE DEI DOCUMENTI RICHIESTI PER QUANTO DI COMPETENZA, FINALIZZATI ALLA PREDISPOSIZIONE DELL'ATTO CONVENZIONALE		
	12.2	Implementare i DVR aziendali	SI D	20	20		Implementare il documento valutazione dei rischi blocco operatorio elaborato		evidenza documentale
	12.3	Adeguare il piano per l'emergenza per le nuove sedi aziendali	SI E	10	10		Documento relativo al piano anticendio dell'Opera San Giuseppe		evidenza documentale
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI E	10	10		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
7.2		Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI E	10	10		Collaborare con URP e Direzione Scientifica alla redazione del bilancio di genere fornendo i dati richiesti		
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI E	10	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI E	10	10		- Supporto all'erogazione di pareri giuridici nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 31/12/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1, in relazione ai ruoli specifici (entro 31/12/2022)	evidenza documentale	entro le scadenze previste

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
	10.18	Rinnovare il regolamento con le associazioni di volontariato	SI E	15	15		Aggiornamento del regolamento estendendolo al terzo settore		
	10.27	Dematerializzare la posta cartacea e la posta digitale scaricata su supporto cartaceo per il visto della Direzione Generale e Amministrativa al fine di ridurre il volume dell'archivio documentale anche a seguito del trasferimento dell'Ufficio Protocollo nella nuova sede sita presso il Comprensorio ex Opera San Giuseppe.	SI E	10	10		n. scansioni pari ad una percentuale della posta da digitalizzare (a partire dal 1/5/2022).		percentuale della posta digitalizzata >=75% dal 1/5; NUOVA SOGLIA: % DELLA POSTA DIGITALIZZATA DA ARCHIVIARE PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO >=75% DA 1/5/2022
							Note: NUOVO INDICATORE: N. SCANSIONI PARI AD UNA PERCENTUALE DELLA POSTA DA ARCHIVIARE PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO (A PARTIRE DAL 1/5/2022)		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, così come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI E	15	15		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Predisposizione dell'atto convenzionale con ASUGI		
							Note: NUOVO INDICATORE: - PREDISPOSIZIONE DELLA BOZZA DI ATTO CONVENZIONALE		

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
12.1		Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI E	10	10		- Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio elevato - Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio basso - Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione primo soccorso		almeno 1 partecipante; 100%; almeno 1 partecipante
16.6		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI E	10	10		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI E	10	10		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI E	10	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
10.23		Controllo presenza del Documento unico di regolarita' contributiva (DURC) al momento dell'emissione degli ordinativi di pagamento	SI D	15	15		I fornitori devono avere DURC regolare al momento del pagamento delle fatture, tramite utilizzo di data base condiviso con la SC Ing clinica e con la SC Gestione tecnica.	100% delle fatture in pagamento DURC regolare - controlli a campione (10 al mese da giugno 2022 con report riepilogativo)	31.12.2022

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	E	15	15	- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	E	10	10	- Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio elevato - Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio basso - Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione primo soccorso	almeno 1 partecipante; 100%; almeno 1 partecipante	
	14.6	Supportare i centro di risorsa nella partenza degli ordini elettronici dei servizi (NSO)	SI	E	15	15	Predisposizione di un'istruzione operativa contenente le indicazioni per i CDR sul percorso ed autorizzazione al pagamento delle fatture elettroniche per ordini dei servizi in NSO	evidenza documentale	
	15.2	Sistema Informativo gestione economica finanziaria e economato. Contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI	E	15	15	- Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema. - Partecipazione al 90% delle riunioni convocate da Data processing, Insiel, ARCS o DCS di interesse della struttura		
A	16.5	Rendicontazione costi COVID-19.	SI	E	10	10	Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.	evidenza documentale	
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI E	10	10		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
	8.2	Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI E	10	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
	8.3	Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI E	5	5		Supporto all'acquisto di apparecchiature critiche per il superamento della ispezione AIFA nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 31/12/2022)	evidenza documentale	entro le scadenze previste
2.8	10.6	Definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nelle attivita' collegate al progetto di Odontoiatria pubblica	SI E	5	5		Supporto al processo di razionalizzazione dei materiali impiegati nella attivita' collegate al progetto di Odontoiatria pubblica		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI E	10	10		Acquisizione attrezzature e arredi per il civico 63 ed organizzazione dei traslochi con le strutture coinvolte.	evidenza dell'attivita' svolta	

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
							Note: NUOVO INDICATORE: AVVIO DELL'ACQUISIZIONE DELLE ATTREZZATURE ED ARREDI PER IL CIVICO 63		
	10.26	Dare seguito agli adempimenti previsti nel PNRR	SI E	10	10		Partecipare autonomamente alla missione 6, individuando le apparecchiature informatiche da acquisire. La SC risponde alle richieste dei gruppi regionali secondo modalita' e tempistiche indicate.		Risposta entro i tempi indicati dai coordinatori regionali dai progetti PNRR
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI E	20	20		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI E	5	5		Supporto all'utilizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD) nel 90% dei reparti - breve relazione sull'attivita' svolta		
	15.2	Sistema Informativo gestione economica finanziaria e economato. Contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI E	5	5		- Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema. - Partecipazione al 90% delle riunioni convocate da Data processing, Insiel, ARCS o DCS di interesse della struttura		
	15.3	Supervisionare e coordinare le linee di gestione 2022 per quanto concerne il sistema informativo ed il PACS, nello specifico: linea 7.4, 7.5, 7.6, 7.7 e 7.9	SI E	10	10		Trasmissione alla SSD Programmazione e Controllo dei monitoraggi periodici da inviare alla DCS entro le scadenze previste dalla programmazione regionale.		entro le scadenze previste da ARCS/DCS

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
A	16.5	Rendicontazione costi COVID-19.	SI E	5	5		Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e receipti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.	evidenza documentale	
	16.6	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI E	5	5		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.	<=0	
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI C	15	15		- Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione - Aggiornamento del codice di comportamento aziendale, nel rispetto delle indicazioni di cui alla delibera ANAC 177/2020 - conclusione della prima fase con l'approvazione del decreto di adozione preliminare.		
7.2		Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI E	10	10		Collaborare con URP e la Direzione Scientifica alla redazione del bilancio di genere fornendo i dati richiesti		
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI E	10	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI E	15	15		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	11.4	Valorizzazione del personale: redigere il regolamento per la valutazione individuale del personale dell'area della PTA	SI D	10	10		- Regolamento condiviso con le OOSS dell'area PTA e formalmente adottato		
	11.5	Applicazione del nuovo atto aziendale: redigere i provvedimenti attuativi.	SI E	10	10		Predisposizione del regolamento di individuazione, valorizzazione e attribuzione degli incarichi dirigenziali, secondo le tempistiche indicate dalla Direzione.		
	11.8	Aggiornare il Regolamento sulla mobilita' del Personale (D. Lgs 165/2001).	SI E	10	10		Adozione del nuovo regolamento sulla mobilita' volontaria	evidenza documentale	
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI E	10	10		- Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio elevato - Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio basso - Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione primo soccorso	almeno 1 partecipante; 100%; almeno 1 partecipante	
A	16.5	Rendicontazione costi COVID-19.	SI D	5	5		Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.	evidenza documentale	
	16.6	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI E	5	5		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.	<=0	
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI D	10	10		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI E	10	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI E	10	10		Supporto alla predisposizione conforme dei locali per il superamento della ispezione AIFA nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 31/12/2022)	evidenza documentale	entro le scadenze previste
10.10		Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI E	20	20		Completare i lavori nei civico 63		

Note: NUOVO INDICATORE: AVVIARE I LAVORI NEL CIVICO 63 ENTRO IL 31/12/2022

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.33	Supportare tecnicamente la Direzione per l'aggiornamento del progetto relativo alla nuova sede di Cattinara	SI E	15	15		1.Redazione di un documento tecnico di inquadramento delle richieste/esigenze dell'IRCCS all'interno del quadro normativo dei LLPP per consentire l'attivazione della perizia di variante; (Tabella di analisi delle singole esigenze con corrispondente necessita' amministrativa) 2.Analisi tecnica sugli spazi oggi occupati dai servizi presenti al Burlo, supporto alla Direzione Sanitaria per valutare eventuali necessita' emergenti, ridefinizione delle dimensioni tecniche necessarie in base agli standard di accreditamento; (Relazione sullo stato attuale delle SC presenti al Burlo e valutazione delle future esigenze) 3.Redazione del documento tecnico di supporto alla Relazione sanitaria da trasmettere ad ASUGI; (Relazione tecnica di variante)		Entro il 30/06/2022; Entro il 30/09/2022; Entro il 31/12/2022
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI E	10	10		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		
	15.2	Sistema Informativo gestione economica finanziaria e economato. Contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI E	10	10		- Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema. - Partecipazione al 90% delle riunioni convocate da Data processing, Insiel, ARCS o DCS di interesse della struttura		
A	16.5	Rendicontazione costi COVID-19.	SI E	5	5		Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e receipti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.		evidenza documentale
	16.6	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI D	10	10		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

**Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	20	20	- Aggiornamento del codice di comportamento aziendale, nel rispetto delle indicazioni di cui alla delibera ANAC 177/2020 - conclusione della prima fase con l'approvazione del decreto di adozione preliminare.		
	7.3	Aggiornare la procedura interna sul whistleblowing	SI	E	30	20	- Analisi della normativa nazionale vigente, disciplinante il regolamento sul whistleblowing. - Redazione del testo in bozza del decreto e del regolamento entro il 31.12.2022.		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, così come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	E	15	15	- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		
	11.5	Applicazione del nuovo atto aziendale: redigere i provvedimenti attuativi.	SI	E	25	15	Adozione dei provvedimenti attuativi dell'AA: articolazione delle SS, funzionigramma, individuazione incarichi, regolamento di organizzazione e supporto alla SSD Politiche del Personale per la predisposizione del regolamento di individuazione, valorizzazione e attribuzione degli incarichi, secondo le tempistiche indicate dalla Direzione.		
	11.6	Redazione dei regolamenti collegati al nuovo atto aziendale	SI	E	10	10	Redazione del regolamento di organizzazione coerente con il nuovo atto aziendale		
	12.5	Effettuare i controlli ai sensi del art. 4 ter DL 44/2021	SI	C		20	Controlli effettuati nelle scadenze previste		evidenza dell'attività svolta

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
2.4		Supportare le SC/SSD nel miglioramento del rispetto dei tempi d'attesa	SI	E	10	15	Costante revisione delle agende per adeguamento offerta		evidenza dell'attivita' svolta
3.1		Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	SI	D	10		- Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma -Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022		
3.8		Garantire il rispetto delle progettualita' regionali del rischio clinico	SI	E	10	15	- Realizzazione delle progettualita' dal Programma regionale Rete Cure sicure e rendicontazione delle progettualita' regionali entro le scadenze previste per la rendicontazione trimestrale ad ARCS/DCS (31/5 - 31/7/ 31/10)		
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	15	15	Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		

Note: PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	E	10	10	- Completamento della mappatura dei processi relativi alla gestione della qualita' e loro inserimento nella web app PROSA Exprit, con valutazione dei rischi associati e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). - Redazione del Riesame Quality annuale 2022_x_2021, con tabelle sinottiche delle aree di criticita' indicate dalle strutture nelle loro relazioni annuali (la redazione del documento e' necessariamente subordinata alla consegna di tutte le relazioni annuali da parte delle strutture certificate alla ISO 9001:2015). (entro 30/09/2022). - Supporto documentale e metodologico alla struttura SC Oncoematologia per l'allestimento della convalida delle raccolte di CSE midollari (HPC-M) in linea con indicazioni del CNT/CNS (entro 31/12/2022). - Supporto documentale e metodologico alla SC PMA per il completamento del file excel per il mantenimento delle competenze (entro 30/06/2022) - Supporto documentale e metodologico alla SC PMA per l'autovalutazione sui requisiti revisionati dalla Direzione centrale Salute della Regione FVG per autorizzazione e accreditamento istituzionale dei Centri PMA pubblici regionali.		evidenza documentale entro le scadenze previste
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	E	10	10	- Redazione procedure per la gestione della qualita' nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022) - Attivita' di formazione sul campo settimanale quale supporto e coordinamento delle attivita' propedeutiche all'invio della domanda di certificazione dell'Unita' di fase 1 ad AIFA (subordinata alla redazione procedure da parte di team Unita' di Fase 1) (ipotetico invio della domanda entro il 30/09/2022; attivita' di supporto entro 31/12/2022) - Aderire alla formazione specifica in funzione del ruolo		evidenza documentale entro le scadenze previste

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	9.1	Risposta ai reclami entro 30 giorni.	SI	D	5		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti entro 15 gg., secondo la procedura dell'URP.		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI	D	0	0	Supporto al trasferimento presso i nuovi locali ed alla riqualificazione dei locali presso via dell'Istria		evidenza dell'attivita' svolta
Note: OBIETTIVO STRALCIATO									
	10.19	Realizzare e sperimentare una nuova scheda per l'attivazione di percorsi di continuita' assistenziale interna per gravidanze a rischio psicosociale	SI	E	5	10	- Condivisione di una nuova scheda di attivazione continuita' interna per gravidanze a rischio psicosociale; - Formazione del personale coinvolto e avvio utilizzo nuova scheda		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	E	5	10	- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	10		Promuovere l'utilizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD) nel 90% dei reparti - breve relazione sull'attivita' svolta		
Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10									
	16.7	Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata	SI	E	10	15	Verifica periodica dell'inserimento delle prestazioni di laboratorio nel sistema a Cup - report di monitoraggio		
Note: PESO COMPARTO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10									
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	E	10	10	Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1									
	3.7	Rischio Clinico - Superamento della contenzione come previsto dalla DGR n. 1904/2016.	SI	E	5	5	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	E	10	5	1.Mantenimento di progetti di ricerca specifici per l'area assistenziale 2.Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta.	IFnc=43; n. pubbl=11	2021 +/- 10%
	8.3	Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	E	10	5	- Contributo all'organizzazione dell'assistenza per i pazienti a cui sono somministrati farmaci di fase 1 (entro 31/12/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1, in relazione ai ruoli specifici (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
	8.4	Proseguire il percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	E	5	5	- Partecipare alla formazione del personale dedicato e coinvolto per i raggiungimento degli standard Unicef nel 2023 - Mantenimento del tasso di allattamento esclusivo alla dimissione >80%		>=76%;>80%
	9.2	Migliorare la qualita' percepita dell'attivita' assistenziale	SI	E	10	5	Effettuare un indagine di customer satisfaction		
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	5	10	Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.14	Realizzare la formazione di terapia intensiva neonatale presso la Cardiochirurgia di ASUFC	SI	E	5	5	Evidenza della formazione realizzata presso la Cardiochirurgia di ASUFC		
	10.16	Definire e applicare modalita' di accesso alle prestazioni sanitarie del paziente autistico	SI	D	5	5	Documento contenente le modalita' di accesso alle prestazioni sanitarie del paziente autistico		
	10.19	Realizzare e sperimentare una nuova scheda per l'attivazione di percorsi di continuita' assistenziale interna per gravidanze a rischio psicosociale	SI	E	5	5	- Condivisione di una nuova scheda di attivazione continuita' interna per gravidanze a rischio psicosociale; - Formazione del personale coinvolto e avvio utilizzo nuova scheda		
	10.35	Garantire le cure pediatriche ed ostetrico-ginecologiche presso le aree di coordinamento DPS; Migliorare gli strumenti gestionali atti a fronteggiare con adeguatezza ed appropriatezza situazioni di carattere emergenziale;	SI	D	10	10	1. Aggiornare la definizione di dotazione quali-quantitativa a garanzia della risposta assistenziale per area di coordinamento (entro 31/5/2022); 2. Mappare le esperienze trasversali degli ultimi 10anni; 3. Implementare i format condivisi dei piani di servizio mensili per area di coordinamento; 4. Strutturare un format per la rilevazione settimanale delle assenze per area di coordinamento (Cruscotto); 5.Utilizzazione condivisa dello strumento (Cruscotto) per Piattaforma; 6. Individuare l' area di coordinamento del personale impiegabile nel garantire risposte di Cura in situazioni emergenziali anche di carattere pandemico; 7. Debriefing periodici di restituzione dati ed analisi percorso con IOC; 8. Report annuale Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1 - NUOVO INDICATORE PUNTO 2: Mappare le esperienze trasversali degli ultimi 5 anni		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	E	0	0	- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita') per quanto di competenza.		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

**Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
Note: OBIETTIVO STRALCIATO									
	11.3	Avviare il travaglio di parto in acqua	SI	E	5	5	- Avviare la formazione degli operatori e concludere la formazione entro il 30/9 - Eseguire il travaglio di parto in acqua pianificati a partire dal 1/10		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	C		10	partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato per il personale afferente alla piattaforma emergenza urgenza e alla sala parto		>45%
Note: NUOVO INDICATORE: PARTECIPAZIONE AI CORSI ANTINCENDIO RISCHIO ELEVATO PER IL PERSONALE DELLA RIANIMAZIONE, DEL PRONTO SOCCORSO E DELLA SALA PARTO									
	16.7	Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata	SI	E	10	10	- Censimento delle prestazioni non inserite nel sistema Cup - Risoluzione del 90% delle criticita'.		
	17.1	Gestire le terapie con ormone della crescita mantenendo attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	SI	E	5	5	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attivita' svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attivita' svolta nel II semestre 2022) sull'attivita' di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.		entro 31/7/2022; entro 28/2/2023
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
3.1		Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	SI	D	10		- Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022 Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10		
3.4		Adeguare le disposizioni organizzative e procedurali dell'IRCCS per fronteggiare una maxi emergenza	SI	E	10	10	Implementazione del nuovo piano della maxiemergenza Note: PESO COMPARTO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10		
3.9		Realizzare il programma di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA	SI	E	10	20	Raggiungimento di almeno l'80% degli obiettivi previsti dal piano infezioni ospedaliere		
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	E	10	10	- Redazione procedure per la gestione degli imprevisti nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 (entro 31/12/2022); -Contributo all'organizzazione dell'assistenza per i pazienti a cui sono somministrati farmaci di fase 1 (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
9.1		Risposta ai reclami entro 30 giorni.	SI	D	10		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti entro 15 gg., secondo la procedura dell'URP. Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10	20	- Ricognizione delle modalita' di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unita' operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilita' delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo. - Applicare le azioni previste nella relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie - Revisione del percorso chirurgico		
	10.9	Identificazione di un modello HubS e Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	D	10		Entro il 31/12/2022 dal BURLO e' definita e trasmessa ad ARCS e DCS proposta di modello Hub & Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI	E	0	0	Supporto al trasferimento presso i nuovi locali ed alla riqualificazione dei locali presso via dell'Istria		evidenza dell'attivita' svolta
	10.17	Elaborare una proposta sul progetto GREEN HOSPITAL.	SI	E	10	20	Proposta nell'ambito degli appalti relativa alla realizzazione di un Green Hospital redatta e presentata alla Direzione Sanitaria		evidenza documentale
							Note: PESO COMPARTO MODIFICATO IN 20 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	E	10	10	- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

**Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
17.2		Garantire le progettualita' HPH entro le scadenze previste dalle linee di gestione.	SI	D	10	10	Evidenza delle azioni realizzate entro le scadenze previste dalle linee di gestione (Linea 1.3)		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=46; n. pubbl=12	2021 +/- 10%
6.2	6.1	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	SI	D	10		Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno: - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.). Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting Modalita' di valutazione: Report inviati nei termini: si'/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si'/no (peso 70%)		report a DCS entro il 30/9/2022 ed entro 15/4/2023
6.4	6.2	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	SI	D	10		Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessita' di intervento nell'ambito delle categorie di medicinali di cui e' disponibile l'alternativa biosimile, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. Modalita' di valutazione: Report inviati nei termini: si'/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si'/no (peso 70%)		report a DCS entro il 30/9/2022 ed entro 15/4/2023

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
6.3		Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	SI	D	10		Invio alla DCS di una relazione sull'attivita' del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attivita' annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalita' di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	report a DCS entro il 30/9/2022 ed entro 15/4/2023	
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	D	15		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
<p>Note: PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1</p>									
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	D	15		- Redazione procedure per la gestione del farmaco nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 con acquisizione attestato PALS, se applicabile (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
Note: PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1									
10.49		Collaborare con ARCS all'elaborazione dei criteri per la corretta gestione delle scorte , l'introduzione e la dismissione di articoli in relazione alle esigenze cliniche, nel rispetto dell'economicita' della gestione.	SI	D	10		Partecipare agli incontri per la definizione dei criteri; Trasmissione entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS di adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer (Sono esclusi dalla rilevazione: farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri); - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia; - antidoti; - farmaci salvavita e per emergenze)		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	0		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		
Note: OBIETTIVO STRALCIATO									
12.4		Garantire il monitoraggio degli obiettivi collegati alla linea farmaceutica	SI	D	10		Invio della rendicontazione alla SSD Programmazione e controllo per i report trimestrali		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	10	10	Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
7.2		Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI	E	20	20	- Redazione del "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) in collaborazione con la SSD Politiche del Personale, SC Affari generali e legali e l'URP, propedeutico alla programmazione 2023.		evidenza documentale
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	E	15	15	- Contributo alla redazione delle procedure per la gestione degli studi di sperimentazione clinica nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
10.36		Creare un Repository Istituzionale per la raccolta dei risultati della ricerca scientifica (pubblicazioni e Raw Data) associati a singoli ricercatori, ai progetti di ricerca, alle strutture di assegnazione anche al fine di monitorare costantemente l'andamento dell'Impact Factor elemento determinante il calcolo previsionale di finanziamento della ricerca corrente	SI	E	15	15	Creazione di un database dell'anagrafica ricercatori e pubblicazioni storica riferita all'anno 2021 entro il 30/09		entro 30/09
10.37		Site visit - raccogliere la documentazione da trasmettere al Ministero ai fini della richiesta di attivazione della relativa procedura ministeriale di riconferma del riconoscimento IRCCS	SI	E	20	20	Evidenza della documentazione raccolta entro la scadenza del DM riconoscimento IRCCS (21/11/2022)		entro 21/11/2022
11.7		Rivedere il regolamento delle borse di studio	SI	E	10	10	- Aggiornare il regolamento introducendo la fattispecie dell'assegnazione diretta della borsa di studio ai soggetti vincitori di bandi competitivi ed eventualmente rivedendo la valorizzazione.		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
16.6		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		primevisite:cardiologica, endocrinologica, dermatologica, gastroenterologica, pneumologica;elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo	82,91%; 77,17%; 71,36%; 61,72%; 95,45%; 100%; 100%; 33,33%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=476; n. pubbl=163	2021 +/- 10%
	8.3	Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	D	10		- Redazione procedure per la gestione degli imprevisti nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 (entro 31/12/2022); -Contributo all'organizzazione dell'assistenza per i pazienti a cui sono somministrati farmaci di fase 1 (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
<p>Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1</p>									
	10.46	Sviluppare un progetto integrato con la SC neuropsichiatria per i pazienti affetti da DCA	SI	D	10		Produrre un protocollo per la presa in carico Evidenziare le visite per pazienti con DCA seguiti in maniera congiunta		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	0		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
Note: OBIETTIVO STRALCIATO									
B.3	14.1	Cure palliative pediatriche: registrare le attivita' cliniche collegate alle cure palliative	SI	D	10		Definizione delle modalita' di registrazione sugli applicativi Insiel dell'attivita' svolta in sede e delle attivita' di supporto, supervisione clinica e consulenza all'attivita' di assistenza domiciliare svolte in regione		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELLA FORMAZIONE									
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		primevisite:cardiologica, endocrinologica, dermatologica, gastroenterologica, pneumologica;elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo, spirometria	559; 398; 1480; 436; 172; 199; 109; 197; 553	559; 398; 1534; 436; 172; 227; 109; 197; 553
	16.3	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.		833.840

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
16.4		Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	5		Valore del tariffato dei ricoveri	2.103.626	2.174.894
17.1		Gestire le terapie con ormone della crescita mantenendo attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	SI	D	10		Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attivita' svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attivita' svolta nel II semestre 2022) sull'attivita' di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.		entro 31/7/2022; entro 28/2/2023

Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita oncologica	100%	90%
2.2		RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi monitorati,priorita' A Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		biopsia percutanea del fegato	76,92%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
4.1		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=65; n. pubbl=19	2021 +/- 10%
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). - Convalida delle raccolte di CSE midollari (HPC-M) in linea con indicazioni del CNT/CNS (entro 31/12/2022); - Revisione / aggiornamento delle procedure di pertinenza alla gestione clinica dei trapianti di CSE (PRO.TMO) che abbiano superati i 2 anni di vetusta' (entro 31/12/2022)		Presenza della documentazione richiesta nelle scadenze previste dagli indicatori

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	D	10		- Redazione procedure per la gestione clinica del paziente a cui sono somministrati farmaci sperimentali di Fase 1 entro 30/09/2022; -Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 con acquisizione attestato PALS, se applicabile (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
10.12		Rete oncologica pediatrica: avviare i lavori della rete	SI	D	10		- Organizzare 3 INCONTRI DI RETE/ANNO - 1 EVENTO FORMATIVO ESTESO A AZIENDE OSPEDALIERE E TERRITORIO		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		prima visita oncologica	64	64
16.3		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.		1.172.816
16.4		Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	10		Valore del tariffato dei ricoveri	1.268.242	1.857.653

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		elettromiografia semplice	100%	90%
2.5		Iniziare l' attuazione del progetto QUAN -Quality Autism Network- finanziato tramite la Regione FVG dal Ministero della Salute. Nello specifico: - definire un gruppo di lavoro (che coinvolga sanitari e comparto), - definire come organizzare i percorsi all'interno dell'Istituto, -organizzare almeno un evento formativo di tipo semiresidenziale	SI	D	15		1. documento che attesti l'incontro o gli incontri e gli accordi 2. documento in cui vengono specificati modi e tempi dell'accesso all'Istituto in modo che i soggetti con autismo ovvero disabilita' cognitiva non debbano attendere per le visite specialistiche e le procedure cliniche 3. relazione dell'incontro formativo (Entro la fine dell'anno)		1. almeno un documento prodotto; 2. almeno un documento prodotto in cui vengono specificati modi e tempi 3. almeno un documento prodotto
Note: PESO MODIFICATO IN 15PER STRALCIO OBIETTIVO 15.1									
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
4.1		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=37; n. pubbl=10	2021 +/- 10%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: **Pediatria**

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

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
2.3	10.11	Disturbi del comportamento alimentare: garantire l'operativita' degli osservatori epidemiologici	SI	D	10		- Entro il 30/6/2022: Invio congiunto ad ARCS e alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati. - Entro il 31.12.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS di un report di monitoraggio sulle attivita' e sull'outcome adulti e minori anno 2022.		
	10.16	Definire e applicare modalita' di accesso alle prestazioni sanitarie del paziente autistico	SI	D	10		Documento contenente le modalita' di accesso alle prestazioni sanitarie del paziente autistico		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	0		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	>90%	
							Note: OBIETTIVO STRALCIATO		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le priorita' D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		elettromiografia per l'eta' evolutiva (<18 anni)	27	27
	16.3	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.	29.908	
	16.4	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	10		Valore del tariffato dei ricoveri	578.109	578.109

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=109; n. pubbl=38	2021 +/- 10%
	10.7	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Mantenere/migliorare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h e la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4h.	SI	D	10		1. Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) 2. Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)		1A. 65% - 1B. 70% - 2. 88%
							Note: MODIFICHE DGR 1682/2022 NUOVI INDICATORI, PERIODO DI CALCOLO II SEMESTRE 2022: 1A: PERCENTUALE ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON CODICE PRIORITA' 4 (VERDE) VISITATI ENTRO 120 MINUTI.TARGET: >= 65% - 1B: PERCENTUALE ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON CODICE PRIORITA' 3 (AZZURRO) VISITATI ENTRO 60 MINUTITARGET: >= 70% - 2:PERCENTUALE DI DIMESSI (NON INVIATI A RICOVERO) CON PERMANENZA IN PS <=8 ORE. TARGET: >=88%		
	10.9	Identificazione di un modello HubS e Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	D	10		Entro il 31/12/2022 dal BURLO e' definita e trasmessa ad ARCS e DCS proposta di modello Hub e Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		
	10.47	Elaborare un protocollo per la gestione con CPAP dei pazienti con insufficienza respiratoria acuta in pediatria d'urgenza.	SI	D	20		Protocollo elaborato e monitoraggio dell'attivita' svolta in autonomia. (entro 6 mesi)		

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
Note: PESO MODIFICATO IN 20 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1									
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previso dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	0		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
Note: OBIETTIVO STRALCIATO									
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato per i nuovi assunti		
	14.2	Implementare i ricoveri nei pl assegnati alla struttura secondo l'intensita' di cura	SI	D	15		Miglioramento del tasso di occupazione del 2021	44%	
Note: PESO MODIFICATO IN 15PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1									
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELA FORMAZIONE									
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	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.		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		prima visita oculistica	73,20%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=12; n. pubbl=2	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	15		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021 Note: PESO MODIFICATO IN 15PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI	D	0		Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata. Note: OBIETTIVO STRALCIATO		evidenza dell'attivita' svolta
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	10		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD) Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELA FORMAZIONE		>90%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le priorit� D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	20		prima visita oculistica e fotografia del fundus	1638; 49	1638; 49
Note: PESO MODIFICATO IN 20PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10									
	16.3	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.		40.071
	16.10	Incrementare gli interventi di cross-linking nei pazienti con cheratocono	SI	D	10		Numero di trattamenti effettuati nel 2022 rispetto al 2021		Incremento

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.3	Fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	SI	D	5		Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre. Scadenze: 30/04/2022 -31/07/2022 - 31/10/2022 - 31/01/2023		
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=14; n. pubbl=4	
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
	10.5	Garantire il rispetto degli indicatori previsti nell'ambito dell'odontoiatria pubblica	SI	D	15		- mantenimento della media di prestazioni erogate/ora raggiunta nel 2019 (1,88) - raggiungimento di una media annua di almeno 1400 prestazioni/riunito; - percentuale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 40%		
<p>Note: PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10</p>									
2.8	10.6	Definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nelle attivita' collegate al progetto di Odontoiatria pubblica	SI	D	5		Definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attivita' collegate al progetto di Odontoiatria pubblica		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI	D	0		Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata		evidenza dell'attivita' svolta
<p>Note: OBIETTIVO STRALCIATO</p>									

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.21	Aumentare le prestazioni ambulatoriali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (ad avvenuto trasferimento nei nuovi locali con 8 riuniti in completa attivita')	SI	D	15		delta prestazioni (volumi ambulatoriali) 2022/2021		>25%
Note: PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10									
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELA FORMAZIONE									
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritá D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita odontostomatologica	637	644
	16.3	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.		50.665
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita urologica	90,63%	90%
	2.2	RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi monitorati,priorita' A Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		riparazione ernia inguinale	56%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=39; n. pubbl=19	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
	10.28	Effettuare interventi di chirurgia robotica presso ASUGI	SI	D	10		5 interventi di chirurgia robotica effettuati. Note: NUOVO INDICATORE: ATTIVARE IL PERCORSO ED EFFETTUARE 1 INTERVENTO DI CHIRURGIA ROBOTICA		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD) Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELA FORMAZIONE		>90%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

**Responsabile:
dott. Jurgen Schleef**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		prima visita urologica	112	112
C.2	16.2	RICOVERI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per i ricoveri monitorati nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari B, C, D) - Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: cruscotto regionale Qlik.	SI	D	10		Riparazione ernia inguinale		29
	16.3	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.		227.147

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D	15			prima visita otorinolaringoiatrica ed esame audiometrico tonale	67,41%; 60%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI D	15			Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
4.1		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI D	10			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=43; n. pubbl=12	2021 +/- 10%
10.1		Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI D	15			Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
10.10		Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI D	0			Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata		evidenza dell'attivita' svolta
Note: OBIETTIVO STRALCIATO									
10.44		Monitorare degli esiti nei bambini risultati positivi al programma di screening uditivo neonatale e risultati	SI D	15			Numero di bambini con presa in carico audiologica entro i 6 mesi di eta' (corretta) /numero di bambini con ipoacusia congenita accertata dal programma di screening uditivo neonatale regionale.		>90%, Periodo 1.3.2022-31.12.2022
Note: NUOVO INDICATORE: NUMERO DI BAMBINI CON PRESA IN CARICO AUDIOLOGICA ENTRO I 3 MESI DALLA SEGNALAZIONE DEL CENTRO DI II LIVELLO/ NUMERO DI BAMBINI CON IPOACUSIA CONGENITA ACCERATATA DAL PROGRAMMA DI SCREENING NEONATALE REGIONALE									
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI D	5			% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
							Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELA FORMAZIONE		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritá D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita otorinolaringoiatrica ed esame audiometrico tonale	1154; 882	1305; 882
	16.3	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.	518.733	
							Note: CORRETTA SOGLIA (ERRORE MATERIALE)		
					Totale pesi:	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		prima visita ortopedica	65,26%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	15		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta). Note: PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10	IFnc=12; n. pubbl=5	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI	D	0		Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata Note: OBIETTIVO STRALCIATO		evidenza dell'attivita' svolta
	10.22	Aumentare il numero di DRG 546 a parita' di sale operatorie	SI	D	15		numero di artrodesi vertebrali classificate con DRG 546 Note: - PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 10.10 - SOGLIA MODIFICATA (ERRORE MATERIALE)		66
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	10		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
							Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELA FORMAZIONE		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le priorit� D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita ortopedica	1526	1562
	16.3	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.		745.350
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	3.5	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	D	10		Applicare il protocollo regionale dello screening metabolico: - individuazione del referente regionale - alimentazione del flusso informativo		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=52; n. pubbl=21	2021 +/- 10%
	8.1	Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attivita' di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	SI	D	20		- Audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022 centrale salute delle risultanze dell'audit - organizzare almeno 1 evento formativo (anche congiunto)sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento Note: PESO MODIFICATO IN 20 PER STRALCIO OBIETTIVI10.14 E 11.1		
	8.4	Proseguire il percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	D	20		- Contribuire alla formazione del personale dedicata, coinvolto, informato, organizzando ... - Mantenimento del tasso di allattamento esclusivo alla dimissione >80% Note: PESO MODIFICATO IN 20 PER STRALCIO OBIETTIVI10.14 E 11.1		
	10.14	Realizzare la formazione di terapia intensiva neonatale presso la Cardiocirurgia di ASUFC	SI	D			Evidenza della formazione realizzata presso la Cardiocirurgia di ASUFC Note: OBIETTIVO STRALCIATO		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
dott.ssa Laura Travan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.15	Promuovere il senso di appartenenza e di identita' del personale sanitario del reparto in un'ottica family centred care	SI	D	10		- Condivisione di strategie comunicative trans-professionali (medico-infermiere-fisioterapista-psicologa) -Implementazione di percorso di formazione specifico ("Study Day")		evidenza dell'attivita' svolta
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D			- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita'). Note: OBIETTIVO STRALCIATO		
	16.3	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.		367.797
	16.4	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	10		Valore del tariffato dei ricoveri	1.967.093	2.145.764
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita algologica	100%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=8; n. pubbl=5	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo a ora inizio primo intervento rispetto al 2021 per tutte le specialita' chirurgiche.		
	10.9	Identificazione di un modello HubS e Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	D	10		Entro il 31/12/2022 dal BURLO e' definita e trasmessa ad ARCS e DCS la proposta di modello Hub e Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		
	10.24	Migliorare il recupero postoperatorio (ERAS) nei pazienti sottoposti a laparoscopia ginecologica (potrebbe essere trasversale)	SI	D	10		PDTA ERAS condiviso, anestesisti e ginecologi, nella gestione preoperatoria, operatoria e postoperatoria dei pazienti sottoposti a interventi di laparoscopia		100%
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato per i nuovi assunti		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	10		% di utilizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
							Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELA FORMAZIONE		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		prima visita algologica	36	36
							Note: MODIFICATA SOGLIA (ERRORE MATERIALE)		
	16.3	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.		501.787
					Totale pesi: 100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	20		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=74; n. pubbl=18	2021 +/- 10%
Note: PESO MODIFICATO IN 20 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1									
	8.2	Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). - Allestimento del Riesame annuale in coerenza con la relazione inviata all'ISS – Registro Centri PMA (entro agosto 2022); - Completamento ciclo delle competenze su matrice excel (entro 30/06/2022); - Autovalutazione sui requisiti revisionati dalla Direzione centrale Salute della Regione FVG per autorizzazione e accreditamento istituzionale dei Centri PMA pubblici regionali.		Presenza della documentazione richiesta nelle scadenze previste dagli indicatori
	10.8	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilita' in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	SI	D	5		Predisposizione condivisa del percorso e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022.		
	10.20	Migliorare le procedure di preservazione della fertilita' in pazienti oncologici (adolescenti post-puberi e adulti con desiderio riproduttivo)	SI	D	15		Presa in carico precoce dei singoli casi provenienti dall'IRCCS Burlo Garofolo e da ASUGI entro 72 ore (incluso festivi)		>90%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI D	0			- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
Note: OBIETTIVO STRALCIATO									
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI D	5			- partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato medici		>45%; NUOVA SOGLIA >30%
	14.5	Rivedere l'organizzazione delle attivita' di ostetricia e ginecologia (compreso posti letto e imputazione attivita' sanitaria)	SI D	10			- Documento di riorganizzazione attivita' inviato alla Direzione Sanitaria, contenente i criteri per la distribuzione dei PL e dell'attivita' sanitaria		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le priorita' D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI D	15			prima visita ginecologica, ecografia ginecologica	198; 375	221; 375
	16.3	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.		173.160

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

Responsabile:
 prof.ssa Tamara Stampalija

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		ecografia ostetrica	35,71%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	15		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta). Note: PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1	IFnc=38; n. pubbl=15	2021 +/- 10%
	10.25	Implementare lo screening per la preeclampsia del primo trimestre	SI	D	15		Screening per la preeclampsia nel I trimestre		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	0		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita'). Note: OBIETTIVO STRALCIATO		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	15		- partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato medici		>30%
							Note: NUOVA SOGLIA 30%; PESO MODIFICATO IN 15 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1		
	14.5	Rivedere l'organizzazione delle attivita' di ostetricia e ginecologia (compreso posti letto e imputazione attivita' sanitaria)	SI	D	10		- Documento di riorganizzazione attivita' inviato alla Direzione Sanitaria, contenente i criteri per la distribuzione dei PL e dell'attivita' sanitaria		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

Responsabile:
 prof.ssa Tamara Stampalija

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		ecografia ostetrica ed ecografia addome inferiore	3480; 278	3498; 278
							Note: CORRETTA SOGLIA ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE IN 278 (ERRORE MATERIALE)		
	16.3	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.		19.938
					Totale pesi: 100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=23; n. pubbl=8	2021 +/- 10%
	8.1	Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attivita' di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	SI	D	5		- Audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022 centrale salute delle risultanze dell'audit - organizzare almeno 1 evento formativo (anche congiunto)sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento		
	10.3	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	SI	D	10		indicatore Bersaglio C7.3 -percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita:<= valore 2020		16,01%
							Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1		
	10.4	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	SI	D	5		indicatore Bersaglio C7.6 - percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita:<= 8%		<=8%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.45	Linea progettuale: Percorso nascita Migliorare la qualita' delle cure ostetriche con integrazione ospedale-territorio	SI	D	10		Predisporre protocolli gestionali condivisi per le patologie ostetriche piu' frequenti		1 evento formativo e stesura PDTA condiviso inerente la gestione della gravidanza a rischio
							Note: SOGLIA MODIFICATA		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	0		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
							Note: OBIETTIVO STRALCIATO		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	5		- partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato medici		>45%; NUOVA SOGLIA >30%
	14.5	Rivedere l'organizzazione delle attivita' di ostetricia e ginecologia (compreso posti letto e imputazione attivita' sanitaria)	SI	D	10		- Documento di riorganizzazione attivita' inviato alla Direzione Sanitaria, contenente i criteri per la distribuzione dei PL e dell'attivita' sanitaria		
							Note: PESO MODIFICATO IN 10 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
							Note: NUOVO INDICATORE: % DI UTILIZZO DELLA PRESCRIZIONE TRASFUSIONALE INFORMATIZZATA (EMOWARD) A PARTIRE DALLA RICEZIONE DELLE CREDENZIALI E DELA FORMAZIONE		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitoratenel periodo maggio-dicembre (per le prioritá D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrastato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		prima visita ginecologica, ecografia ostetrica	166;428	230;428
	16.3	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.		176.814
	16.4	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	10		Valore del tariffato dei ricoveri	2.396.715	2.396.715
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita ginecologica; ecografia ginecologica	58,79%; 50%	90%
	2.2	RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi monitorati,priorita' A Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		tumore maligno dell'utero	72,86%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	5		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	20		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta). Note: PESO MODIFICATO IN 20 PER STRALCIO OBIETTIVO 11.1	IFnc=177; n. pubbl=48	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
	10.3	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	SI	D	5		indicatore Bersaglio C7.3 - percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita:<= valore 2020		16,01%
	10.4	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	SI	D	5		indicatore Bersaglio C7.6 - percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita:<= 8%		<=8%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	0		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
Note: OBIETTIVO STRALCIATO									
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	5		partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato medici		>45%; NUOVA SOGLIA >30%
	14.5	Rivedere l'organizzazione delle attivita' di ostetricia e ginecologia (compreso posti letto e imputazione attivita' sanitaria)	SI	D	5		- Documento di riorganizzazione attivita' inviato alla Direzione Sanitaria, contenente i criteri per la distribuzione dei PL e dell'attivita' sanitaria		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitoratenel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrastato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita ginecologica	3970	4174
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		1.272.020

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	3.6	Collaborare alla redazione di un percorso di prevenzione, sorveglianza e controllo ICA	SI	D	10		Protocollo sulla sorveglianza microbiologica redatto e condiviso con ASUGI		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=37; n. pubbl=11	2021 +/- 10%
	8.2	Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	15		1. Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso); 2. Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura;	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
	10.34	Protocolli diagnostico -assistenziali per le infezioni emergenti.	SI	D	15		Revisione e applicazione di protocolli diagnostico -assistenziali per le infezioni emergenti.		Entro Agosto 2022

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
16.3		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.	299.742	
16.7		Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata	SI D	10			Verifica periodica dell'inseirmento delle prestazioni erogate alla struttura nel sistema a Cup		
16.8		Mantenere i volumi di attivita' registrati nel 2021	SI D	20			Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2021 (Fonte: Cupweb)		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	3.11	Elaborare un progetto di sperimentazione relativo allo screening delle malattie neuromuscolari SMA tipo 1, 2 e 3	SI	D	15		Proposta elaborata e presentata alla Direzione Sanitaria		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=305; n. pubbl=73	2021 +/- 10%
	8.2	Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	20		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
	16.3	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.		711.291

Obiettivi di attivita' 2022

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 2021	Soglia
16.7		Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata	SI D	15			Verifica periodica dell'inseirmento delle prestazioni di laboratorio nel sistema a Cup - report di monitoraggio		
16.8		Mantenere i volumi di attivita' registrati nel 2021	SI D	20			Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2021 (Fonte: Cupweb)		
Totale pesi:				100					

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
 prof. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI D	15			Vedi file excel con dettaglio prestazioni	83,17% (media)	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI D	10			Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
4.1		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI D	10			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=61; n. pubbl=22	2021 +/- 10%
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI D	15			- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022	
8.5		Creare un "Dose Team" responsabile dell'ottimizzazione in termini di contenimento dell'esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti nel corso di esami radiologici (D.Lgs 101/2020)	SI D	15			- Individuazione dei ruoli e delle competenze nell'ambito del dose team, e definizione dei membri facenti parte del dose team; - Incontri del dose team ai fini dell'obbiettivo posto con valutazione del monitoraggio della dose al paziente durante l'esecuzione di esami radiologici	evidenza dell'attivita' svolta	

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Claudio Granata**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.2	incrementare il tempo di utilizzodelle apparecchiature diagnostiche	SI D	10			Attuazione della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitoratenel periodo maggio-dicembre (per le prioritã D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrastato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI D	15			TC, RM, ECOGRAFIE		vedi file excel di dettaglio allegato alla scheda di attivitã
	16.3	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.	35.290	
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Giuliana Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=107; n. pubbl=22	2021 +/- 10%
	8.2	Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi entro 31/12/2022; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
	8.3	Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	D	10		-Supporto alla predisposizione degli obiettivi programmatici nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 31/12/2022) - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1, in relazione ai ruoli specifici (entro 31/12/2022)	evidenza dell'attivita' svolta	

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
 prof.ssa Giuliana Decorti**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
10.29		Inserimento di nuovi esami di pertinenza farmacogenetica	SI D	5			Numero di esami nuovi di farmacogenetica		Almeno un nuovo esame di farmacogenetica
10.30		Inserimento analisi PLGF per screening pre-eclampsia	SI D	5			Numero di procedure		>100
16.3		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.	710.179	
16.7		Valorizzare l'attivita' di diagnostica avanzata	SI D	20			Verifica periodica dell'inseirmento delle prestazioni erogate alla struttura nel sistema a Cup		
16.8		Mantenere i volumi di attivita' registrati nel 2021	SI D	20			Volumi complessivi dell'attivita' ambulatoriale >=volumi registrati nell'anno 2021 (Fonte: Cupweb)		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
3.1		Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	SI	D	10	15	- Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma -Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022		
3.5		Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	SI	D	10	10	- Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sulle attivita' svolte nel corso dell'anno. - Trasmissione alla DCS del report elaborato sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori identificati pentro febbraio 2023. - Entro 31/12/2022: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti		
4.1		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=463; n. pubbl=66	2021 +/- 10%
4.2		Valutare la possibilita' di creare una Rete strutturata di IRCCS secondo quanto previsto dal Ministero della Salute (art. 10 D.Lgs 16 ottobre 2003, n 288), con l'obiettivo di migliorare le stime del Global Burden of Disease per l'Italia (nazionali e regionali), l'Europa e a livello globale.	SI	D	10	10	Valutazione di fattibilita', dopo presa di contatto con IRCCS gia' coinvolti nella Italian GBD Initiative (Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Istituto Neurologico Carlo Besta, IRCCS MutliMedica, Neuromed-Istituto Neurologico Mediterraneo, Istituto Superiore di Sanita') e Ministero della Salute.		evidenza documentale
4.3		Creazione di un network di ricerca europeo, con almeno 10 paesi, in ambito materno infantile	SI	D	10	10	Relazione dell'attivita' del network		evidenza documentale
4.4		Contribuire allo sviluppo di prodotti OMS	SI	D	10		Evidenza dei prodotti OMS elaborati		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	D	10		Contributo alla redazione delle procedure per la gestione degli studi di sperimentazione clinica nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
8.4		Proseguire il percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	E	10	30	- Contribuire in qualita' di docenti alla formazione del personale coinvolto; - Sviluppare una formazione on-line per gli "informati"		
10.9		Identificazione di un modello HubS e Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	D	10	10	Entro il 31/12/2022 dal BURLO e' definita e trasmessa ad ARCS e DCS proposta di modello Hub & Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		
2.3	10.11	Disturbi del comportamento alimentare: garantire l'operativita' degli osservatori epidemiologici	SI	E	10	15	- Entro il 30/6/2022: Invio congiunto ad ARCS e alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati. - Entro il 31.12.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS di un report di monitoraggio sulle attivita' e sull'outcome adulti e minori anno 2022. - Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per eta' evolutiva e adulta - Trasmissione congiunto alla DCS del report elaborato sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per eta' evolutiva e adulta, entro febbraio 2023.		
Totale pesi:					100	100			

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: MARTINA VARDABASSO

CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I

DATA FIRMA: 06/12/2022 08:43:18

*IMPRONTA: 7619A37349437B2B6EB06F1966A4F95E36AD4593E3ED4F9907DE7B4B1F6AA4A7
36AD4593E3ED4F9907DE7B4B1F6AA4A70B771EF382AD83FD85855355202C2B9B
0B771EF382AD83FD85855355202C2B9BDB5A6DD840FE58B0B76650B3C83A605C
DB5A6DD840FE58B0B76650B3C83A605C4E069AFE7B22415C2A8501529C34513C*