



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



DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 342 DEL 16/12/2025

OGGETTO: Rinegoziazione budget 2025 – modifica del decreto N. 205/2025 “Assegnazione per l’anno 2025 del budget ai centri di attività”.

Sottoscritto dal Direttore Generale

dott.ssa Francesca Tosolini

nominato con Delibera della Giunta Regionale n. 2003 del 20.12.2024

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

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il proprio decreto n. 30 dd. 27.02.2025 di adozione del Piano Attuativo Ospedaliero 2025, ai sensi della D.G.R. n. 2052 dd. 30.12.2024;

atteso che con decreto n. 2025/2025 si è proceduto all'“Assegnazione per l'anno 2025 del budget ai centri di attività”;

considerato che nel corso del monitoraggio degli obiettivi 2025, avvenuto nei mesi di settembre e ottobre 2025, sono emersi alcuni errori materiali, oltre che alcune criticità, segnalate dai responsabili delle strutture;

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 necessario procedere alla rimodulazione di alcuni indicatori e obiettivi, al fine di garantirne una maggiore coerenza, come riportato nell'allegato 1 “Obiettivi di attività 2025 – revisione”, mediante l'utilizzo del campo note, nel quale sono evidenziati la distinzione tra indicatori confermati, modificati o stralciati, l'indicazione della causa dello stralcio, nonché l'eventuale riformulazione o riassegnazione degli obiettivi interessati;

ritenuto conseguentemente di procedere alla riformulazione di alcuni obiettivi e indicatori, secondo le modalità sopradescritte e riportate, nei nuovi termini indicati nell'allegato 1 “Obiettivi di attività 2025 – revisione”;

verificato che gli obiettivi integrati e modificati sono stati sottoscritti dai responsabili dei Centri di attività aziendali, come da documentazione agli atti presso la SSD Programmazione e controllo;

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

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

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

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

DECRETA

per i motivi e nei termini espressi in parte narrativa:

1. di procedere alla rimodulazione di alcuni obiettivi, indicatori e soglie, previsti nel decreto n. 205/2025 nei nuovi termini indicati nell'allegato 1 “Obiettivi di attività 2025 – revisione”, già sottoscritti dai responsabili dei Centri di attività aziendali,

come da documentazione agli atti presso la SSD Programmazione e controllo, secondo quanto precisato nel campo note, nel quale sono evidenziati la distinzione tra indicatori confermati, modificati o stralciati, l'indicazione della causa dello stralcio, nonché l'eventuale riformulazione o riassegnazione degli obiettivi interessati;

2. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento, così come previsto dall'art. 10 c.8 del D.Lgs n. 33/2013.

Nessun onere consegue direttamente all'adozione del presente atto.

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

IL DIRETTORE GENERALE

dott.ssa Francesca Tosolini

atto firmato digitalmente

ELENCO ALLEGATI:
<ul style="list-style-type: none">• all_1_rinegoziazione_obv_2025 - DEF

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 16/12/2025 13:10:11

IMPRONTA: 46551E75CEE4DA5C7D32633EB78CD6D5B4692D9AB3057326B09B711A444C6ABA
B4692D9AB3057326B09B711A444C6ABA4CE90C7CF381B10BC3C6635550716A8E
4CE90C7CF381B10BC3C6635550716A8E9FD2BAE4BA0A20A48663DFE8C434DC3E
9FD2BAE4BA0A20A48663DFE8C434DC3EEC0CC0FFFB4CAB53816E2269A75EB98



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Allegato 1

Obiettivi di attività 2025 - revisione -

Direzione Generale

SSD	Innovazione e Sviluppo, Relazioni interne ed esterne e Formazione	3
SSD	Programmazione e Controllo	5
SSD	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria	7

Direzione Sanitaria

SC	Direzione delle Professioni Sanitarie	9
SC	Direzione Medica di Presidio	13
SC	SC Farmacia	18

Direzione Scientifica

	Direzione Scientifica	22
SC R	Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari	25

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

SC	Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti	28
SC	Gestione Economico - Finanziaria	31
SC	Affari Generali e Legali	33
SC	Gestione Tecnica Edile Impiantistica	35
SSD	Politiche del Personale	37

Dipartimento di Pediatria

SSD	Gastroenterologia e Nutrizione	39
SC	Neuropsichiatria Infantile	43
SC	Oncoematologia	46
SC U	Clinica Pediatrica	50
SC	Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	56

Dipartimento di Chirurgia

SC	Chirurgia	59
SC	Oculistica	62
SC	Ortopedia e Traumatologia	64
SC	Otorinolaringoiatria e Audiologia	67
SC	Anestesia e Rianimazione	71
SC U	Odontostomatologia pediatrica	74

Dipartimento Materno neonatale

SC	Neonatologia	78
SC U	Clinica Ostetrica e Ginecologica	80
SC R	Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita	85
SSD R	Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	89
SSD	Gravidanza a rischio	91

Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata

SC	Genetica Medica	94
SC R	Radiologia Pediatrica	99
SC R	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	102
SC R	Diagnostica Avanzata Microbiologia Traslazionale	107

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

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

Responsabile:

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

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

Responsabile:

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Martina Vardabasso

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Martina Vardabasso

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi f.f.

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi f.f.

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott. Marco Tempesta

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
							Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: - INDICATORE CONFERMATO: Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100%; modulo B >50%; INDICATORE STRALCIATO: Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza) CAUSA: FAD regionale sospesa per problema tecnico; INDICATORE CONFERMATO: Partecipazione al corso Rischi e sicurezza in risonanza magnetica e il regolamento di sicurezza per il personale della Piattaforma delle cure in emergenza urgenza e Piattaforma cure pediatriche ad alta complessita', con soglia percentuale di partecipanti pari al 30%.		
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	- Riscontrare tempestivamente le consegne relative al Magazzino Unico relative ai beni sanitari - report a cura della SC Ingegneria clinica - Effettuare mensilmente gli scarichi dei beni a magazzino - report a cura della SSD Programmazione e controllo		
A.2.5.b	17.1	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	SI	E	5	5	N. posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2025 - 4 pl pediatrici		
A.2.11.b	17.3	Rete pediatrica: integrazione Ospedale -territorio e sicurezza delle cure Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	SI	E	10	10	Elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica -Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT - ENTRO IL 30/9/2025		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nello Trua

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nello Trua

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
	16.6	Sviluppare in collaborazione con la Direzione Strategica le attivita' destinate all'implementazione delle prestazioni per l'utenza straniera	SI	C		10	Redigere la pianificazione delle attivite' previste nel corso del 2025 e la relativa fonte di finanziamento		
A.2.11.a	17.2	Rete pediatrica: migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica	SI	C		5	Elaborazione del PDTA del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica -Trasmissione alla DCS del PDTA dentro il 30.06.2025		
A.2.11.b	17.3	Rete pediatrica: integrazione Ospedale -territorio e sicurezza delle cure Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	SI	E	5	5	Elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica -Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT - ENTRO IL 30/9/2025		
Totale pesi:			100		100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	C		80	- aggiornamento delle nomine e delle job description - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema come valutatore - almeno 1 audit per studio, se applicabile, come valutatore - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile - pubblicazione sul sito delle campagne di promozione dei protocolli delle sperimentazioni		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica Note: PROPOSTA MODIFICA INDICATORE:allo stato non e' ancora possibile per i ricercatori operare sulla sezione ordinidella piattaforma in quanto il gestore della stessa (CBIM Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica) non ha ancora messo a punto le modifiche informatiche necessarie, PERTANTO VIENE STRALCIATA QUESTA PARTE DELL'INDICATORE.		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		- Riscontrare DCS rispetto alla DGR 2051/2024 su farmaci H OSP ed elaborare la procedura H OSP		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026		
5.6.g	6.1	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	SI	D	10		% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC5 Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10)		>=75%
5.9.a	6.2	Dispositivo vigilanza:gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	SI	D	5		-comunicare tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza - assicurare gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza		
	6.3	Assicurare azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	SI	D	5		-dare seguito, per la parte di competenza, alle attivita' concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentano, congiuntamente alle strutture coinvolte,una sintetica relazione descrittiva dell'attivita' svolta che sara' allegata al verbale dell'incontro - entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva.		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	D	5		1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. .		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.5	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	D	5		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Farmacia - RICERCA

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		40	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		30	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		30	<p>Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica</p> <p>Note: PROPOSTA MODIFICA INDICATORE:allo stato non e' ancora possibile per i ricercatori operare sulla sezione ordinidella piattaforma in quanto il gestore della stessa (CBIM Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica) non ha ancora messo a punto le modifiche informatiche necessarie, PERTANTO VIENE STRALCIATA QUESTA PARTE DELL'INDICATORE.</p>		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
prof. Massimo Zeviani

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
prof. Massimo Zeviani

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica - RICERCA

Responsabile:
prof. Massimo Zeviani

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

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: SC R Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio; - 100% delle pubblicazioni PUC (Primo, Ultimo o Corresponding author) inviate alla Direzione Scientifica		
	4.2	Mantenere ed ampliare network di ricerca sulla qualita' delle cure materno infantili	SI	E	10	10	Reports di monitoraggio: Almeno 1 network di ricerca attivo su 25 paesi		
	5.4	Attivare gli screening previsti dalla DGR 1991/2024	SI	D	10		elaborare uno studio di fattibilita' per SMA, NIPT e Immunodeficienze congenite		
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	D	5	15	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. .		
	7.5	Definire formato e contenuti della scheda DPIA da pubblicare sul web. Implementare la pubblicazione delle schede DPIA per gli studi osservazionali retrospettivi in apposita sezione del sito web del Burlo	SI	E	10	20	- Formato e contenuti della scheda DPIA da pubblicare sul web definiti; - almeno 10 schede DPIA pubblicate nel corso del 2025		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	D	15	15	- aggiornamento della documentazione - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema - almeno 1 audit per studio, se applicabile - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile		
	8.9	Proseguire nel percorso di certificazione del supporto amministrativo della Direzione Scientifica	SI	E	10	15	Aggiornamento della procedura /flow chartsulla gestione della ricerca corrente (approvazione dei progetti e assegnazione del finanziamento ai ricercatori)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: SC R Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Direzione Scientifica

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

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		40	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		40	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	<p>Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica</p> <p>Note: PROPOSTA MODIFICA INDICATORE:allo stato non e' ancora possibile per i ricercatori operare sulla sezione ordinidella piattaforma in quanto il gestore della stessa (CBIM Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica) non ha ancora messo a punto le modifiche informatiche necessarie, PERTANTO VIENE STRALCIATA QUESTA PARTE DELL'INDICATORE.</p>		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott. Dario Carlevaris

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott. Dario Carlevaris

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott. Dario Carlevaris

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.7	Effettuare l'integrazione sperimentale della programmazione acquisti con i fabbisogni della Direzione scientifica per l'attivita' di ricerca	SI	E	5	5	Collaborare con la Direzione Scientifica alla programmazione annuale delle acquisizioni di beni e servizi relativi alla ricercae proporre l'atto di integrazione entro il 30/9/2025		
Totale pesi:				100	100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Economico-Finanziaria

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Economico-Finanziaria

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica Edile Impiantistica

Responsabile:
ing. Michele Ferrin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	7.1	Garantire gli adempimenti previsti nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027	SI	E	5	5	1. Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2025. 2. Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	E	5	5	Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita'		
	8.5	Avviare le azioni propedeutiche all'ottenimento della certificazione ISO 15189	SI	E	5	5	- Partecipazione alle riunioni periodiche quando richiesto - Fornire le caratteristiche strutturali e procedere ad eventuali adeguamenti		
	8.7	Mantenere la certificazioneISO 9001	SI	E	5	5	- Redigere il riesame entro il 31/5/2025 - Effettuare l'aggiornamento dei rischi in Prosa, secondo le nuove classificazioni introdotte nel sistema entro il 31/10		
	10.13	Proporre entro i termini di legge la Programmazione dei lavori ex art. 77 del Codice degli Appalti	SI	E	10	10	Decreto adottato entro i termini di legge		
	10.16	Migliorare la dematerializzazione della documentazione prodotta dalla Struttura.	SI	E	10	10	Progetto condiviso con il Direttore amministrativo; Evidenza delle azioni realizzate		
	10.21	Predisporre un cronoprogramma per la vendita del patrimonio mobiliare ed immobiliare acquisito con le donazioni e lasciti	SI	E	15	15	Documento di sintesi prodotto entro il 30/6 per il patrimonio collocato in Italia ed entro il 31/12 per il patrimonio collocato all'estero		
	10.27	Logistica: completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi	SI	E	10	10	- Effettuare l'aggiudicazione dei lavori per l'OSG civico n. 61 entro il 31/8		
Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE MODIFICATO IN:Effettuare l'aggiudicazione dei lavori per l'OSG civico n. 61 entro il 31/10									35

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica Edile Impiantistica

Responsabile:
ing. Michele Ferrin

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott. Laura Mandelli

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott. Laura Mandelli

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
							Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >75%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
16.2		Mantenere o incrementare i volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	5		>= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
16.3		Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione - RICERCA

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SSD Gastroenterologia e Nutrizione - RICERCA

Responsabile:
dott. Grazia Di Leo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC		Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.3	Mantenere o incrementarei volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10	- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo				
A.2.11.b	17.3	Rete pediatrica: integrazione Ospedale -territorio e sicurezza delle cure Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	SI	D	10	Elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica -Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT - ENTRO IL 30/9/2025				
Totale pesi:					100					

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
A.2.11.a	17.2	Rete pediatrica: migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica	SI	D	10		Elaborazione del PDTA del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica -Trasmissione alla DCS del PDTA dentro il 30.06.2025		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia - RICERCA

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	C		30	- aggiornamento della documentazione - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema - almeno 1 audit per studio, se applicabile - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		20	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	<p>Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica</p> <p>Note: PROPOSTA MODIFICA INDICATORE:allo stato non e' ancora possibile per i ricercatori operare sulla sezione ordinidella piattaforma in quanto il gestore della stessa (CBIM Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica) non ha ancora messo a punto le modifiche informatiche necessarie, PERTANTO VIENE STRALCIATA QUESTA PARTE DELL'INDICATORE.</p>		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorita' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		primevisite:cardiologica, endocrinologica, dermatologica (solo D), pneumologica (solo D); elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo		>=
	2.5	Tempi d'attesa - prestazioni ambulatorili pririta' B (fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	5		- prima visita dermatologica prioritaria' B - prima visita pneumologica prioritaria' B		>9
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		-Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	10		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale affidente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	5		- Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita' - Aggiornamento PDTA e procedure con vetusta' > 3 anni		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	D	5		- aggiornamento della documentazione - mantenimento delle competenze (compresa la formazione) - almeno 1 audit di sistema - almeno 1 audit per studio, se applicabile - redigere la scheda di rischio relativa allo studio, se applicabile		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica - RICERCA

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Pediatrica - RICERCA

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

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

Responsabile:
dott. Alessandro Amaddeo

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

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

Responsabile:
dott. Alessandro Amaddeo

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Pediatria

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

Responsabile:
dott. Alessandro Amaddeo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie		SI	D	10	- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025		SI	D	10	-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >75%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza) Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >75%)"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali		SI	D	5	Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)		SI	D	10	Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorit� B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		prima visita urologica		>=90% B e D
	C.3.3 2.2	RICOVERI- Tempi d'attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi chirurgici monitorati priorit� A, B, C e D Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	5		- colecistectomia laparoscopica pririta' B, C, D -riparazione ernia inguinale priorit�B, C, D		>=90% B, C e D
	2.3	Tempi d'attesa - ricoveri chirurgici (patologie non oncologiche pririta' A - fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	10		- Colecistectomia laparoscopica priorit� A - Riparazione ernia inguinalepriorita' A		>90%
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		-Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale -Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: - INDICATORE MODIFICATO: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale E' AGGIORNATO in: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la gestione del catetere vescicale; - INDICATORE STRALCIATO: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico IN QUANTO l'attivita' e' svolta dal personale del Blocco Operatorio; INDICATORI CONFERMATI: Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico; Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jorgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	5		Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita' (rivedere la modulistica del consenso per gli interventi di piccola chirurgia)		
LEA NSG H04Z	10.1	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	SI	D	5		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario- miglioramento del 10%		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	5		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
							Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >50%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
16.1		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
16.2		Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	15		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		
16.3		Mantenere o incrementarei volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	15		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
16.8		Incremento delle Topografie Corneali e degli interventi di Cross-linking per cheratocono	SI	D	5		Mantenimento delle topografie e di cross-linking effettuati nel 2024		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia									
Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia									
Responsabile: dott. Marco Carbone									
Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, prioritá' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		prima visita ortopedica		>= e D
	2.5	Tempi d'attesa - prestazioni ambulatorili priritá' B (fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	10		prima visita ortopedica prioritá' B		>9
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		-Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale -Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: - INDICATORE MODIFICATO: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale E' AGGIORNATO in: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la gestione del catetere vescicale; - INDICATORE STRALCIATO: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico IN QUANTO l'attivita' e' svolta dal personale del Blocco Operatorio; INDICATORI CONFERMATI: Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico; Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
LEA NSG H04Z	10.1	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SI	D	5		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario- miglioramento del 10% al nettoesclusioni		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	5		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza) Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >50%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
Totale pesi:				100					

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia - RICERCA

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		40	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		30	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		30	<p>Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica</p> <p>Note: PROPOSTA MODIFICA INDICATORE:allo stato non e' ancora possibile per i ricercatori operare sulla sezione ordinidella piattaforma in quanto il gestore della stessa (CBIM Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica) non ha ancora messo a punto le modifiche informatiche necessarie, PERTANTO VIENE STRALCIATA QUESTA PARTE DELL'INDICATORE.</p>		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		-Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale -Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: - INDICATORE MODIFICATO: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale E' AGGIORNATO in: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la gestione del catetere vescicale; - INDICATORE STRALCIATO: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico IN QUANTO l'attivita' e' svolta dal personale del Blocco Operatorio; INDICATORECONFERMATO:Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	8.2	Mantenere la certificazione di FASE 1	SI	D	10		- mantenimento delle competenze (compresa la formazione)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC		Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	10.29	Elaborare un pdta per la valutazione ed il controllo del dolore postoperatorio a partire dalle scelta anestesilogiche in ottica ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)	SI	D	10			Pdta elaborato ed inviato alla Direzione Sanitaria		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5			Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10			- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10			-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza) Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >50%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10			Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98% Firma sui trasferimenti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10			Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ;		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: SC Direzione Universitaria Odontostomatologia pediatrica

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott.ssa Laura Travan

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

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorita' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	5		prima visita ginecologica; ecografia ginecologica priorita' D		
	2.4	Tempi d'attesa - ricoveri chirurgici (patologie oncologiche pririta' A - fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	5		Tumore maligno dell'uterio priorit'a' A >90%		
	2.5	Tempi d'attesa - prestazioni ambulatorili pririta' B (fonte DGR 559/2025: PATTO DG 2025)	SI	D	10		- prima visita gienecologica priorit'a' B - ecografia ginecologica pririta' B		
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		-Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale -Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: - INDICATORE MODIFICATO: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per il posizionamento del catetere vescicale E' AGGIORNATO in: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la gestione del catetere vescicale; - IINDICATORICONFERMATI: Compilare una scheda di adesione ai bundle al mese (5 osservazioni, totale 30 osservazioni a semestre) per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico;Stesura di un piano di miglioramento per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico; Eseguire e documentare 60 osservazioni sull'igiene delle mani a semestre		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		<p>- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)</p> <p>Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE MODIFICATO: Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennioE' AGGIORNATO IN: Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio, che verranno valutate in solido con S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita;INDICATORI CONFERMATI:Inviare semestralmente alla Direzione Scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro il 31/7; II semestre entro il 31/1/2026;Partecipare a bandi competitivi per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido).</p>		
A.1 Rete Oncologica	5.2	Rete Oncologica regionale: riorganizzazione delle attivita' di chirurgia oncologica, con le modalita' e nei tempi indicati dal Piano di Rete, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, le evidenze della letteratura scientifica e quanto evidenziato dalle indagini nazionali sullo stato di attuazione delle Reti oncologiche e dal Piano Nazionale Esiti.	SI	D	5		Completare le azioni di condivisione tra il COR e le Aziende in previsione: a. del riassorbimento nelle strutture pubbliche di tutta la chirurgia oncologica; b. della concentrazione, a partire dai tumori a bassa incidenza e/o indicati (con volumi di riferimento) nelle fonti istituzionali citate. - evidenza delle azioni di condivisione completate entro 30/4/2025		
	8.1	Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dal decreto n. 11238/GRFVG dd 7/3/2025	SI	D	5		- Effettuare le azioni previste dal cronoprogramma inviato dalla Direzione Sanitaria/ Ufficio qualita' - Aggiornamento PDTA e procedure con vetusta' > 3 anni		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
4.2 Assistenza mat inf	10.3	Mantenere/migliorare la performance rispetto agli indicatori del Progetto Bersaglio relativi ai parti.	SI	D	5		- % di episiotomie depurate (NTSV) -% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)		
	10.9	Migliorare il percorso di pianificazione chirurgica settimanale in collaborazione con la programmazione chirurgica.	SI	D	5		miglioramento delle liste di attesa/ giorni residui erispetto delle classi di priorit�- report di sintesi della Programmazione chirurgca		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	5		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	5		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza) Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >50%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	5		Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: SC Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica - RICERCA

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		40	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		20	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		20	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	<p>Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica</p> <p>Note: PROPOSTA MODIFICA INDICATORE:allo stato non e' ancora possibile per i ricercatori operare sulla sezione ordinidella piattaforma in quanto il gestore della stessa (CBIM Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica) non ha ancora messo a punto le modifiche informatiche necessarie, PERTANTO VIENE STRALCIATA QUESTA PARTE DELL'INDICATORE.</p>		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo		
	16.9	Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2022-2024	SI	D	15		<p>- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo;</p> <p>- elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo</p> <p>Note: RIFORMULAZIONE DELL'OBIETTIVO 16.3 - Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024 -, precedentemente assegnato</p>		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		40	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		30	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		30	<p>Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica</p> <p>Note: PROPOSTA MODIFICA INDICATORE:allo stato non e' ancora possibile per i ricercatori operare sulla sezione ordinidella piattaforma in quanto il gestore della stessa (CBIM Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica) non ha ancora messo a punto le modifiche informatiche necessarie, PERTANTO VIENE STRALCIATA QUESTA PARTE DELL'INDICATORE.</p>		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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

Responsabile:
prof.ssa Tamara Stampalija

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
10.1 Rete Cure Sicure	3.1	Rischio Clinico	SI	D	10		- Segnalare incidenti e near miss - Partecipare a eventuali colloqui o audit (o nominare un sostituto) - Proporre e adottare azioni di miglioramento a seguito di processi di audit		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	10.31	Miglioramento del percorso della gestione del feto malformato e diagnostica prenatale invasiva	SI	D	10		Riorganizzazione del servizio entro il 01.11.2025 Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE MODIFICATO IN:Riorganizzazione del servizio entro il 31.12.2025		
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

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

Responsabile:
prof.ssa Tamara Stampalija

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
							Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >50%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.3	Mantenere o incrementarei volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	20		- >= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo:https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
					Totale pesi: 100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >50%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza) Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >50%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
	15.1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione ed i referti ambulatoriali	SI	D	10		Firma delle lettere di dimissione>= 98% Firma sui referti>= 98%		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.2	Mantenere o incrementarei volumi complessivi dei ricoveri rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		>= valore piu' altodella struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE MODIFICATO IN: >= valore piu' alto della struttura, modulato tenendo conto del decremento complessivo dei parti, dato regionale. Dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Materno neonatale

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

Responsabile:
prof. Paolo Gasparini

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

Responsabile:
prof. Paolo Gasparini

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

Responsabile:
prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica - RICERCA

Responsabile:
prof. Paolo Gasparini

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica - RICERCA

Responsabile:
prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
LEA NSG D10Z e D11Z	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI- Tempi di Attesa Assicurarei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate, priorita' B e D Fonte: Cruscotto regionale Qlick	SI	D	10		18-TC del Torace con MCD senza e con MCD; 21-TC dell'Addome inferiore; 22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC; 23-TC dell'addome completo; 24-TC dell'addome completo senza e con MDC; 25-TC Cranio – encefalo; 29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale; 33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache; 34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare; 35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC; 36-RM di addome inferiore e scavo pelvico; 37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC; 38-RM della colonna in toto; 39-RM della colonna in toto senza e con MDC; 40-Diagnostica ecografica del capo e del collo; 43-Ecografia dell'addome superiore; 44-Ecografia dell'addome inferiore; 45-Ecografia dell'addome completo; 50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso		
	3.1	Rischio Clinico	SI	D	5		- Segnalare incidenti e near miss - Partecipare a eventuali colloqui o audit (o nominare un sostituto) - Proporre e adottare azioni di miglioramento a seguito di processi di audit		
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	D	15		- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; II semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Claudio Granata

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Claudio Granata

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
							Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >75%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	5		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.3	Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo:https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo; -elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	11.2	Redigere il piano di lavoro della struttura	SI	D	5		Stesura/aggiornamento del piano di lavoro sulla base del format inviato dalla Direzione Sanitaria entro 30/6		
	11.3	Applicare una corretta gestione delle ferie	SI	D	10		- Usufruire nell'anno del numero di giorni dovuti contrattuali annuali - Presentare alla direzione un piano per il recupero delle ferie pregresse		
	12.1	Partecipare alla formazione collegata al PNRR e alle Linee di gestione 2025	SI	D	10		-Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere: modulo A 100% ; modulo B >75%; -Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza) Note: MODIFICHE AGLI INDICATORI: -INDICATORE CONFERMATO: "Partecipare ai corsi sulle infezioni ospedaliere (modulo A 100%, modulo B >75%"; -INDICATORE STRALCIATO: "Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza (linea 5.10 dispositivo vigilanza)"CAUSA:FAD REGIONALE SOSPESA PER PROBLEMA TECNICO		
	16.1	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari (tolleranza 2%)	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari- eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo		
	16.9	Mantenere o incrementare il tariffato o i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato annuale raggiunto nel triennio 2022-2024	SI	D	10		- >= valore piu' alto della struttura, dati di attivita' disponibili al seguente indirizzo: https://intranet.burlo.trieste.it/content/ssd-programmazione-e-controllo ; - elaborare una simulazione relativa all'impatto dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direzione Sanitaria e Programmazione e controllo		

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
<p>Note: RIFORMULAZIONE DELL'OBIETTIVO 16.3 - Mantenere o incrementare i volumi complessivi delle prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto al miglior dato del triennio 2022-2024 -, precedentemente assegnato</p>									
<p>Totale pesi: 100</p>									

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
dott.ssa Antonella Fabretto f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

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

Obiettivi di attivita' 2025

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2024	Soglia
	4.1	Mantenere lo status di IRCCS	SI	C		30	- Mantenere o incrementare il numero di pubblicazioni o l'IFNC rispetto alla media dell'ultimo triennio - Inviare semestralmente alla direzione scientifica un elenco delle pubblicazioni redatte dal personale afferente alla struttura, indicando le collaborazioni nazionali ed internazionali: I semestre entro 31/7; Il semestre entro 31/1/2026 - Partecipare a bandi COMPETITIVI per finanziamenti diversi da RC e 5x1.000 (almeno 2 bandi per Dipartimento, valutazione in solido)		
	11.1	Partecipare alla formazione scientifica	SI	C		30	almeno 75% degli incontri a partire dalla formalizzazione delbudget 2025		
	14.1	Censire le apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e le apparecchiature acquistate con fondi ministeriali e/o di ricerca e la relativa attivita'	SI	C		20	Produrre il registro di laboratorio relativo delle apparecchiature in leasing finanziate dalla ricerca e delle apparecchiature acquistate con fondi ministeriali o di ricerca, individuando le prestazioni collegate alla ricerca e all'assistenza, con il supporto della Direzione Scientifica e della SC Ingengneria clinica		
	15.2	Utilizzare la piattaforma Doc2res messa a disposizione dalla Direzione scientifica	SI	C		20	<p>Utilizzo della piattaforma Doc2res per gli ordini della ricerca corrente e per il bando RC 2026, come da evidenze della Direzione Scientifica</p> <p>Note: PROPOSTA MODIFICA INDICATORE:allo stato non e' ancora possibile per i ricercatori operare sulla sezione ordinidella piattaforma in quanto il gestore della stessa (CBIM Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica) non ha ancora messo a punto le modifiche informatiche necessarie, PERTANTO VIENE STRALCIATA QUESTA PARTE DELL'INDICATORE.</p>		
Totale pesi:					100				