DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 104 DEL 27/06/2022

OGGETTO: Assegnazione per l'anno 2022 del budget ai centri di attività e di risorsa

Sottoscritto dal Direttore Generale

Dott. Stefano Dorbolò

nominato con Delibera della Giunta Regionale n.2267 del 27.12.2019

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

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

<i>Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica</i>		<i>Profilo della regolarità contabile</i>
IL RESPONSABILE AD INTERIM DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	IL RESPONSABILE DELLA S.C. GESTIONE ECONOMICO- FINANZIARIA
dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i>	dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i>	dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i>
data 13 giugno 2022	data 13 giugno 2022	data 13 giugno 2022

IL DIRETTORE GENERALE

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

Verificato che le modalità di valutazione della performance individuale sono disciplinate per il personale dirigente dell'area sanità e dell'area del comparto rispettivamente nei propri decreti n. 167/2021 avente ad oggetto "Adozione del Regolamento sulla valutazione del personale dirigente dell'area sanità" e n. 170/2021 "Adozione regolamento per la valutazione della performance individuale del comparto sanità" e che verranno formalizzate, nel corso del 2022, anche per la dirigenza dell'area PTA;

Considerato che il processo di misurazione della performance organizzativa e individuale è disciplinato anche per l'anno 2022 dal documento allegato alla determina del Direttore Amministrativo n. 153/2021 e che lo stesso verrà aggiornato nel corso del 2022 successivamente all'adozione del regolamento relativo alla valutazione individuale della PTA al fine di concludere il processo di adeguamento dei regolamenti aziendali alla normativa in materia di performance individuale;

Richiamate le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021, approvate in via definitiva con la DGR n. 321 dd. 11/3/2022;

Visto il proprio decreto n. 49 dd. 6/4/2022 con il quale è stato adottato, secondo le indicazioni inviate da ARCS, il Piano Attuativo Ospedaliero - PAO 2022, che comprende il bilancio preventivo 2022, il quale pur in presenza di minori finanziamenti e di maggiori costi di funzionamento, anche da Covid, presenta un risultato in pareggio ai fini di ottemperare alle indicazioni tecniche di cui all'allegato 1 - principi generali o postulati - principio n.15 "dell'equilibrio di bilancio" del d.lgs. 118/2011, ed è stato redatto applicando pedissequamente ogni vincolo ed ogni indicazione prevista dalle note metodologiche dell'ARCS e riprogrammando le proprie attività compatibilmente con le risorse ad oggi assegnate e con i vincoli previsti, salvaguardando comunque i livelli essenziali ed uniformi di assistenza;

Visto il proprio decreto n. 81 dd 31/5/2022 con il quale è stato adottato il primo report trimestrale 2022, redatto secondo le indicazioni inviate da ARCS e tenendo conto dell'andamento dei costi collegati all'attività istituzionale e dei costi collegati al COVID 19, che dovranno essere egualmente sostenuti anche dopo il cessare dello stato di emergenza;

Dato atto che, relativamente ad obiettivi e valutazione individuale, le disposizioni del presente provvedimento non si applicano al personale di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità, sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, triennio 2016-2018, per il quale si sta procedendo all'implementazione del percorso della valutazione individuale, secondo le indicazioni già contenute nel DM 20/11/2019 e i successivi provvedimenti integrativi ed alla separata

definizione degli obiettivi a valere per l'anno 2022 con successiva determina del Direttore Scientifico;

Ritenuto *in primis* di individuare i centri di attività e di risorsa aziendali, così come elencati nell'**allegato 1**, facente parte integrante del presente provvedimento, coerenti con l'assetto previsto dall'atto aziendale di cui al proprio decreto n. 100/2016 in quanto il nuovo assetto organizzativo previsto dall'atto aziendale adottato con proprio decreto n. 62/2022 sarà in corso di graduale e progressiva attuazione nel corso dell'anno 2022;

Preso atto che nel corso delle negoziazioni intervenute fra i responsabili dei centri di attività e la Direzione Strategica, sono stati assegnati gli obiettivi, tenendo conto delle osservazioni rilevate dai singoli responsabili di struttura, per ciascuna delle linee di attività programmate per l'anno 2022, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e della produttività collettiva per il personale di comparto;

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

Ritenuto di procedere all'assegnazione dei budget di risorsa, secondo i centri individuati all'allegato 1 e per le voci e gli importi dettagliatamente indicati nell'allegato prospetto facente parte integrante del presente provvedimento (**allegato 3**), coerenti con il costo complessivo esposto in sede di primo report trimestrale, di cui al proprio decreto n. 81/2022, e con specifica evidenza dei costi collegati all'emergenza epidemiologica in corso, condizionando tale assegnazione al necessario finanziamento integrativo che verrà assegnato alle aziende del SSR nel corso del 2022;

Atteso che, al fine di garantire il raggiungimento di tutte le linee di progettualità aziendali evidenziate nel PAO 2022, è stato individuato il Direttore di area di riferimento ed i responsabili delle diverse progettualità, così come formalizzati nell'**allegato 4**;

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

Considerato che il provvedimento è presentato dal Direttore ad interim della SSD 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;

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

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di individuare i centri di attività e di risorsa aziendali per l'esercizio 2022, così come elencati nell'**allegato 1**, facente parte integrante del presente provvedimento;
2. di procedere alla formale approvazione degli obiettivi di attività assegnati ai centri di attività aziendali individuati per l'anno 2022, così come riportati nella tabella riepilogativa allegata al presente provvedimento (**allegato 2**);
3. di assegnare il budget di risorsa secondo i centri individuati all'allegato 1 e per le voci e gli importi dettagliatamente indicati nell'allegato prospetto facente parte del presente provvedimento, (**allegato 3**), condizionando tale assegnazione al necessario finanziamento integrativo che verrà assegnato alle aziende del SSR nel corso del 2022;
4. di individuare i referenti delle linee progettuali 2022, ai quali è assegnato il compito di coordinare le azioni necessarie al raggiungimento delle medesime progettualità, così come elencati nell'**allegato 4**;
5. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance", così come previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza (d.Lgs n. 33/2013).

L'onere relativo al presente provvedimento rientra nei fondi contrattuali dell'esercizio 2021 attribuiti al budget di risorsa "SSD Politiche del Personale" e viene imputato al Bilancio d'esercizio nei ruoli del personale:

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

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

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL DIRETTORE SANITARIO
dott.ssa Serena Sincovich <i>atto firmato digitalmente</i> data 27 giugno 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 2 del 02.01.2020	prof. Massimo Zeviani <i>atto firmato digitalmente</i> data 27 giugno 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 59 del 27.04.2022	dott.ssa Paola Toscani <i>atto firmato digitalmente</i> data 27 giugno 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2020

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

ELENCO ALLEGATI:
1.ALL. BGT 2022. Pdf.

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANO DORBOLO'

CODICE FISCALE: DRBSFN64E08L483U

DATA FIRMA: 27/06/2022 16:27:06

IMPRONTA: 07154AA64FE6C00D73766F87826C27735F006779C2C88C3D560278FED6421CD2
5F006779C2C88C3D560278FED6421CD261CAD1B671491586665170EAAA90D73C
61CAD1B671491586665170EAAA90D73C13577C8FF17F44AB408389C8F0D37864
13577C8FF17F44AB408389C8F0D378648BBA2701EA31ACA43732AB82180647E8

Allegato 1

Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'anno 2022

ELENCO CENTRI di ATTIVITÀ PER L'ANNO 2021

Dipartimento Struttura

Direzione Generale

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

Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Direzione Sanitaria

DIREZIONE SANITARIA
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
SSD FARMACIA

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento di Pediatria

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

Dipartimento di Chirurgia

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

Dipartimento Materno - Neonatale e delle Terapie Intensive

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

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

ELENCO CENTRI di RISORSA PER L'ANNO 2021

Dipartimento

Struttura

Direzione Generale

UFFICIO FORMAZIONE

Direzione Sanitaria

DIREZIONE SANITARIA

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

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

Allegato 2

Obiettivi di attività 2022

Direzione Generale	
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)	1
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3
UFFICIO FORMAZIONE.....	5
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA).....	7
Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa	
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI.....	9
S.C. GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA.....	14
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE.....	17
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	19
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE TECNICO AMMINISTRATIVA	22
Direzione Sanitaria	
DIREZIONE SANITARIA.....	24
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	27
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	30
SSD FARMACIA	33
Direzione Scientifica	
DIREZIONE SCIENTIFICA	36
Dipartimento di Pediatria	
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA.....	38
S.C. ONCOEMATOLOGIA.....	41
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	43
S.C. PEDIATRIA D’URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO.....	45
Dipartimento di Chirurgia	
S.C. OCULISTICA	47
S.S.D. ODONTOSTOMATOLOGIA.....	49
S.C. CHIRURGIA.....	51
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	53
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.....	55
Dipartimento Materno – Neonatale e delle Terapie Intensive	
S.C. NEONATOLOGIA	57
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	59
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA.....	61
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE.....	63
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	65
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA.....	68
Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata	
S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE	70
S.C. GENETICA MEDICA.....	72
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA	74
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE.....	76
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	78

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

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

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

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

**Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.42	Attivare le iscrizioni on line con il nuovo gestionale della formazione TOM	SI	C	15		Almeno 5 eventi sono gestiti con iscrizioni on line su TOM	Entro 31/12	
11.4	11.2	Programmazione della formazione.	SI	C	10		1) Predisposizione e trasmissione alla DCS del Piano della Formazione entro il 31.03.2022; 2) presa d'atto del Piano entro 30 gg dalla pubblicazione del PFR; 3) redazione ed invio della Relazione annuale sulle attivita' formative 2022 entro il 31.05.2022.		
	16.6	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	C	10		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.	<=0	
	10.43	Garantire la formazione in tema di disostruzione delle vie aeree come previsto come previsto dalla LR n 10 del 9/7/2021, art.2c.2 lettere a et b, previste dal decreto 3376/SPS/2021	NO	C			Accreditare almeno 1 evento in tema di disostruzione delle vie aeree e BLSd per gli operatori della scuola	Entro 31/12	
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

**Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	12.2	Implementare i DVR aziendali	SI D	20	20		Implementare il documento valutazione dei rischi blocco operatorio elaborato	evidenza documentale	
	12.3	Adeguare il piano per l'emergenza per le nuove sedi aziendali	SI E	10	10		Documento relativo al piano anticendio dell'Opera San Giuseppe	evidenza documentale	
				Totale pesi:	100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.18	Rinnovare il regolamento con le associazioni di volontariato	SI E	15	15		Aggiornamento del regolamento estendendolo al terzo settore		
	10.27	Dematerializzare la posta cartacea e la posta digitale scaricata su supporto cartaceo per il visto della Direzione Generale e Amministrativa al fine di ridurre il volume dell'archivio documentale anche a seguito del trasferimento dell'Ufficio Protocollo nella nuova sede sita presso il Comprensorio ex Opera San Giuseppe.	SI E	10	10		n. scansioni pari ad una percentuale della posta da digitalizzare (a partire dal 1/5/2022).		percentuale della posta digitalizzata >= 75% dal 1/5
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI E	15	15		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Predisposizione dell'atto convenzionale con ASUGI		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI E	10	10		- Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio elevato - Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione antincendio rischio basso - Partecipazione/ aggiornamento ai corsi di formazione primo soccorso		almeno 1 partecipante; 100%; almeno 1 partecipante
	16.6	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI E	10	10		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		<=0
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

**Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott. Dario Carlevaris

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott. Dario Carlevaris

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.26	Dare seguito agli adempimenti previsti nel PNRR	SI E	10	10		Partecipare autonomamente alla missione 6, individuando le apparecchiature informatiche da acquisire. La SC risponde alle richieste dei gruppi regionali secondo modalita' e tempistiche indicate.		Risposta entro i tempi indicati dai coordinatori regionali dai progetti PNRR
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI E	20	20		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI E	5	5		Supporto all'utilizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD) nel 90% dei reparti - breve relazione sull'attivita' svolta		
	15.2	Sistema Informativo gestione economica finanziaria e economato. Contribuire all'analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema.	SI E	5	5		- Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema. - Partecipazione al 90% delle riunioni convocate da Data processing, Insiel, ARCS o DCS di interesse della struttura		
	15.3	Supervisionare e coordinare le linee di gestione 2022 per quanto concerne il sistema informativo ed il PACS, nello specifico: linea 7.4, 7.5, 7.6, 7.7 e 7.9	SI E	10	10		Trasmissione alla SSD Programmazione e Controllo dei monitoraggi periodici da inviare alla DCS entro le scadenze previste dalla programmazione regionale.		entro le scadenze previste da ARCS/DCS
A	16.5	Rendicontazione costi COVID-19.	SI E	5	5		Evidenza dell'utilizzo dei criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e recepiti con l'atto ricognitivo di cui al decr. n. 138/2020 dd. 17.11.2020.		evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott. Dario Carlevaris

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
16.6		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI E	5	5		INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.	<=0	
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

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

**Responsabile:
ing. Elena Clio Pavan**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

**Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria

**Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.16	Definire e applicare modalita' di accesso alle prestazioni sanitarie del paziente autistico	SI	D	5	5	Documento contenente le modalita' di accesso alle prestazioni sanitarie del paziente autistico		
	10.19	Realizzare e sperimentare una nuova scheda per l'attivazione di percorsi di continuita' assistenziale interna per gravidanze a rischio psicosociale	SI	E	5	5	- Condivisione di una nuova scheda di attivazione continuita' interna per gravidanze a rischio psicosociale; - Formazione del personale coinvolto e avvio utilizzo nuova scheda		
	10.35	Garantire le cure pediatriche ed ostetrico-ginecologiche presso le aree di coordinamento DPS; Migliorare gli strumenti gestionali atti a fronteggiare con adeguatezza ed appropriatezza situazioni di carattere emergenziale;	SI	D	5	5	1. Aggiornare la definizione di dotazione quali-quantitativa a garanzia della risposta assistenziale per area di coordinamento (ntro 31/5/2022); 2.Mappare le esperienze trasversali degli ultimi 10 anni; 3. Implementare i format condivisi dei piani di servizio mensili per area di coordinamento; 4. Strutturare un format per la rilevazione settimanale delle assenze per area di coordinamento (Cruscotto); 5.Utilizzazione condivisa dello strumento (Cruscotto) per Piattaforma; 6. Individuare l' area di coordinamento del personale impiegabile nel garantire risposte di Cura in situazioni emergenziali anche di carattere pandemico; 7. Debriefing periodici di restituzione dati ed analisi percorso con IOC; 8. Report annuale		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	E	10	10	- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita') per quanto di competenza.		
	11.3	Avviare il travaglio di parto in acqua	SI	E	5	5	- Avviare la formazione degli operatori e concludere la formazione entro il 30/9 - Eseguire il travaglio di parto in acqua pianificati a partire dal 1/10		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

**Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
3.1		Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	SI	D	5		- Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022		
3.4		Adeguare le disposizioni organizzative e procedurali dell'IRCCS per fronteggiare una maxi emergenza	SI	E	10		Implementazione del nuovo piano della maxiemergenza		
3.9		Realizzare il programma di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA	SI	E	10	20	Raggiungimento di almeno l'80% degli obiettivi previsti dal piano		
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	E	10	10	- Redazione procedure per la gestione degli imprevisti nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 (entro 31/12/2022); -Contributo all'organizzazione dell'assistenza per i pazienti a cui sono somministrati farmaci di fase 1 (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
9.1		Risposta ai reclami entro 30 giorni.	SI	D	5		Predisporre la risposta ai reclami ricevuti entro 15 gg., secondo la procedura dell'URP.		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10	20	- Ricognizione delle modalita' di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unita' operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilita' delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo. - Applicare le azioni previste nella relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie - Revisione del percorso chirurgico		
	10.9	Identificazione di un modello HubS e Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	D	10		Entro il 31/12/2022 dal BURLO e' definita e trasmessa ad ARCS e DCS proposta di modello Hub & Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI	E	15	10	Supporto al trasferimento presso i nuovi locali ed alla riqualificazione dei locali presso via dell'Istria		evidenza dell'attivita' svolta
	10.17	Elaborare una proposta sul progetto GREEN HOSPITAL.	SI	E	5	20	Proposta nell'ambito degli appalti relativa alla realizzazione di un Green Hospital redatta e presentata alla Direzione Sanitaria		evidenza documentale
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	10	10	- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
	17.2	Garantire le progettualita' HPH entro le scadenze previste dalle linee di gestione.	SI	D	10	10	Evidenza delle azioni realizzate entro le scadenze previste dalle linee di gestione (Linea 1.3)		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

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

**Responsabile:
dott.ssa Paola Toscani**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
6.3		Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	SI	D	10		Invio alla DCS di una relazione sull'attivita' del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attivita' annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalita' di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	report a DCS entro il 30/9/2022 ed entro 15/4/2023	
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	D	10		Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
8.2		Mantenere le certificazioni e gli accreditamenti applicabili	SI	D	10		- Rivalutazione annuale dei rischi associati ai processi della struttura mappati attraverso la web app PROSA Exprit e inserimento di azioni di mitigazione solo in caso in cui il rischio associato al processo (di qualsiasi tipologia) sia valutato come moderato (giallo) o alto (arancione) o critico (rosso) (entro 31/12/2022). -Inserimento nel Riesame annuale 2022_x_2021 dei risultati degli indicatori come previsti in ciascuna procedura formalizzata della struttura (entro 30/06/2022)	Presenza dalla app PROSA	del trend dei rischi; Presenza dei risultati degli indicatori nel Riesame entro 30/6/2022
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	D	10		- Redazione procedure per la gestione del farmaco nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 con acquisizione attestato PALS, se applicabile (entro 31/12/2022)	evidenza documentale entro le scadenze previste	

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
10.49		Collaborare con ARCS all'elaborazione dei criteri per la corretta gestione delle scorte , l'introduzione e la dismissione di articoli in relazione alle esigenze cliniche, nel rispetto dell'economicita' della gestione.	SI	D	10		Partecipare agli incontri per la definizione dei criteri; Trasmissione entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS di adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer (Sono esclusi dalla rilevazione: farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri); - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia; - antidoti; - farmaci salvavita e per emergenze)		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	10		- Partecipazione ai costituiti gruppi di lavoro - Redazione dei documenti richiesti per quanto di competenza, finalizzati alla predisposizione dell'atto convenzionale		
12.4		Garantire il monitoraggio degli obiettivi collegati alla linea farmaceutica	SI	D	10		Invio della rendicontazione alla SSD Programmazione e controllo per i report trimestrali		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
7.1		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza	SI	E	10	10	Implementazione nella mappatura dei processi aziendali e delle relative sotto-fasi tramite il gestionale PROSA dell'identificazione dei rischi collegati alla prevenzione della corruzione		
7.2		Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi dei finanziamenti europei	SI	E	10	10	- Redazione del "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) in collaborazione con la SSD Politiche del Personale, SC Affari generali e legali e l'URP, propedeutico alla programmazione 2023.		evidenza documentale
8.3		Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	E	10	10	- Contributo alla redazione delle procedure per la gestione degli studi di sperimentazione clinica nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
10.36		Creare un Repository Istituzionale per la raccolta dei risultati della ricerca scientifica (pubblicazioni e Raw Data) associati a singoli ricercatori, ai progetti di ricerca, alle strutture di assegnazione anche al fine di monitorare costantemente l'andamento dell'Impact Factor elemento determinante il calcolo previsionale di finanziamento della ricerca corrente	SI	E	15	15	Entro il 30/09 creazione database dell'anagrafica ricercatori e pubblicazioni storica riferita all'anno 2021		
10.37		Site visit - raccogliere la documentazione da trasmettere al Ministero ai fini della richiesta di attivazione della relativa procedura ministeriale di riconferma del riconoscimento IRCCS	SI	E	20	20	Entro la scadenza del DM riconoscimento IRCCS (21.11.2022)		
10.38		Fase 1	SI	E	15	15			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Massimo Zeviani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
11.7		Rivedere il regolamento delle borse di studio	SI	E	10	10	- Aggiornare il regolamento introducendo la fattispecie dell'assegnazione diretta della borsa di studio ai soggetti vincitori di bandi competitivi ed eventualmente rivedendo la valorizzazione.		
16.6		Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002.	SI	E	10	10	INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI <=0 Effettuare la liquidazione della fattura almeno 15 GG prima DELLA SCADENZA PREVISTA oppure contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		primevisite:cardiologica, endocrinologica, dermatologica, gastroenterologica, pneumologica;elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo	82,91%; 77,17%; 71,36%; 61,72%; 95,45%; 100%; 100%; 33,33%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=476; n. pubbl=163	2021 +/- 10%
	8.3	Ottenere la certificazione di Fase 1, secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015	SI	D	5		- Redazione procedure per la gestione degli imprevisti nell'ambito del progetto certificazione Unita' di fase 1 (entro 30/09/2022); - Partecipazione continuativa alla formazione sul campo e agli altri eventi formativi disponibili relativi al progetto di certificazione dell'Unita' di Fase 1 (entro 31/12/2022); -Contributo all'organizzazione dell'assistenza per i pazienti a cui sono somministrati farmaci di fase 1 (entro 31/12/2022)		evidenza documentale entro le scadenze previste
	10.46	Sviluppare un progetto integrato con la SC neuropsichiatria per i pazienti affetti da DCA	SI	D	10		Produrre un protocollo per la presa in carico Evidenziare le visite per pazienti con DCA seguiti in maniera congiunta		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	10		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
B.3	14.1	Cure palliative pediatriche: registrare le attivita' cliniche collegate alle cure palliative	SI	D	10		Definizione delle modalita' di registrazione sugli applicativi Insiel dell'attivita' svolta in sede e delle attivita' di supporto, supervisione clinica e consulenza all'attivita' di assistenza domiciliare svolte in regione		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le priorit� D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		primevisite:cardiologica, endocrinologica, dermatologica, gastroenterologica, pneumologica;elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico, test cardiovascolare da sforzo, spirometria	559; 398; 1480; 436; 172; 199; 109; 197; 553	559; 398; 1534; 436; 172; 227; 109; 197; 553
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		
	16.4	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	5		Valore del tariffato dei ricoveri	2.103.626	2.174.894
	17.1	Gestire le terapie con ormone della crescita mantenendo attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	SI	D	5		Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attivita' svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attivita' svolta nel II semestre 2022) sull'attivita' di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.		entro 31/7/2022; entro 28/2/2023

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

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

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

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

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
2.1		PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		elettromiografia semplice	48,98%; 100%	90%
2.5		Iniziare l' attuazione del progetto QUAN -Quality Autism Network- finanziato tramite la Regione FVG dal Ministero della Salute. Nello specifico: - definire un gruppo di lavoro (che coinvolga sanitari e comparto), - definire come organizzare i percorsi all'interno dell'Istituto, -organizzare almeno un evento formativo di tipo semiresidenziale	SI	D	10		1. documento che attesti l'incontro o gli incontri e gli accordi 2. documento in cui vengono specificati modi e tempi dell'accesso all'Istituto in modo che i soggetti con autismo ovvero disabilita' cognitiva non debbano attendere per le visite specialistiche e le procedure cliniche 3. relazione dell'incontro formativo (Entro la fine dell'anno)		1. almeno un documento prodotto; 2. almeno un documento prodotto in cui vengono specificati modi e tempi 3. almeno un documento prodotto
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
4.1		Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=37; n. pubbl=10	2021 +/- 10%

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
2.3	10.11	Disturbi del comportamento alimentare: garantire l'operativita' degli osservatori epidemiologici	SI	D	10		- Entro il 30/6/2022: Invio congiunto ad ARCS e alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati. - Entro il 31.12.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS di un report di monitoraggio sulle attivita' e sull'outcome adulti e minori anno 2022.		
	10.16	Definire e applicare modalita' di accesso alle prestazioni sanitarie del paziente autistico	SI	D	10		Documento contenente le modalita' di accesso alle prestazioni sanitarie del paziente autistico		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le priorita' D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		elettromiografia per l'eta' evolutiva (<18 anni)	27	27
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		
	16.4	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	10		Valore del tariffato dei ricoveri	578.109	578.109

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

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

Responsabile:
dott. Alessandro Amadeo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=109; n. pubbl=38	2021 +/- 10%
	10.7	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Mantenere/migliorare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h e la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4h.	SI	D	10		- Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) - Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)		
	10.9	Identificazione di un modello HubS e Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in eta' pediatrica	SI	D	10		Entro il 31/12/2022 dal BURLO e' definita e trasmessa ad ARCS e DCS proposta di modello Hub & Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.		
	10.47	Elaborare un protocollo per la gestione con CPAP dei pazienti con insufficienza respiratoria acuta in pediatria d'urgenza.	SI	D	15		Protocollo elaborato e monitoraggio dell'attivita' svolta in autonomia. (entro 6 mesi)		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	10		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Pediatria

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

**Responsabile:
dott. Alessandro Amadeo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato per i nuovi assunti		
	14.2	Implementare i ricoveri nei pl assegnati alla struttura secondo l'intensita' di cura	SI	D	10		Miglioramento del tasso di occupazione del 2021	44%	
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		prima visita oculistica	73,20%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=12; n. pubbl=2	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI	D	10		Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata		evidenza dell'attivita' svolta
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	10		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritaeP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registratato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita oculistica e fotografia del fundus	1638; 49	1638; 49

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

**Responsabile:
dott. Stefano Pensiero**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
16.3		Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.	40.972	40.071 tolleranza 2%
16.10		Incrementare gli interventi di cross-linking nei pazienti con cheratocono	SI	D	10		Numero di trattamenti effettuati nel 2022 rispetto al 2021		Incremento

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.21	Aumentare le prestazioni ambulatoriali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (ad avvenuto trasferimento nei nuovi locali con 8 riuniti in completa attivita')	SI	D	10		delta prestazioni (volumi ambulatoriali) 2022/2021		>25%
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitoratenel periodo maggio-dicembre (per le prioritá D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrastato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita odontostomatologica	637	644
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.	52.192	50.665 tolleranza 2%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita urologica	90,63%	90%
	2.2	RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi monitorati,priorita' A Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		riparazione ernia inguinale	56%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=39; n. pubbl=19	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
	10.28	Effettuare interventi di chirurgia robotica presso ASUGI	SI	D	10		5 interventi di chirurgia robotica effettuati.		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitoratenel periodo maggio-dicembre (per le prioritaa' D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrastato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		prima visita urologica	112	112

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

**Responsabile:
dott. Jurgen Schleef**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
C.2	16.2	RICOVERI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per i ricoveri monitorati nel periodo maggio-dicembre (per le prioritá B, C, D) - Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: cruscotto regionale Qlik.	SI	D	10		Riparazione ernia inguinale		29
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	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.	233.055	227.147 tolleranza 2%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

**Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita otorinolaringoiatrica ed esame audiometrico tonale	1154; 882	1305; 882
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.	390.758	387.882 tolleranza 2%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	15		prima visita ortopedica	65,26%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=12; n. pubbl=5	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
	10.10	Logistica - completare il percorso per il trasferimento presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe.	SI	D	10		Trasferimento presso i nuovi locali organizzato nelle tempistiche richieste e limitando l'impatto sull'attivita' assistenziale erogata		evidenza dell'attivita' svolta
	10.22	Aumentare il numero di DRG 546 a parita' di sale operatorie	SI	D	10		numero di artrodesi vertebrali classificate con DRG 546		>70
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	10		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritá D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrastato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita ortopedica	1526	1562

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

**Responsabile:
dott. Marco Carbone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.	768.146	745.350 tolleranza 2%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
f.f. dott.ssa Laura Travan

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
f.f. dott.ssa Laura Travan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	10		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		
	16.4	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	10		Valore del tariffato dei ricoveri	1.967.093	2.145.764
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		prima visita algologica	36	241
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

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

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

**Responsabile:
 prof.ssa Tamara Stampalija**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		ecografia ostetrica	35,71%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	10		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=38; n. pubbl=15	2021 +/- 10%
	10.25	Implementare lo screening per la preeclampsia del primo trimestre	SI	D	15		Screening per la preeclampsia nel I trimestre		
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	10		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	10		- partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato medici		>45%
	14.5	Rivedere l'organizzazione delle attivita' di ostetricia e ginecologia (compreso posti letto e imputazione attivita' sanitaria)	SI	D	10		- Documento di riorganizzazione attivita' inviato alla Direzione Sanitaria, contenente i criteri per la distribuzione dei PL e dell'attivita' sanitaria		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

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

**Responsabile:
 prof.ssa Tamara Stampalija**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		ecografia ostetrica ed ecografia addome inferiore	3480; 278	3498; 504
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D e P) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	10		prima visita ginecologica, ecografia ostetrica	166;428	230;428
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI	D	10		Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SSD Programmazione e controllo.		
	16.4	Ripristinare il valore del tariffato dell'attivita' di ricovero maggiore tra 2019 e 2021 nel periodo maggio-dicembre	SI	D	10		Valore del tariffato dei ricoveri	2.396.715	2.396.715
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	2.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa delle prestazioni monitorate,priorita' B Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		prima visita ginecologica; ecografia ginecologica	58,79%; 50%	90%
	2.2	RICOVERI - Tempi d'Attesa Rispettare i tempi d'attesa per gli interventi monitorati,priorita' A Fonte: cruscotto regionale Qlik	SI	D	10		tumore maligno dell'utero	72,86%	90%
5.1	3.3	Esecuzione di almeno 2 audit clinici su eventi avversi o near miss	SI	D	5		Invio all'Ufficio Rischio Clinico dei 2 verbali		
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell'IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell'IF (coerenti con il mandato dell'IRCCS e affiliazione corretta).	IFnc=177; n. pubbl=48	2021 +/- 10%
	10.1	Migliorare il tempo di utilizzo delle sale operatorie	SI	D	10		Miglioramento dell'occupazione della sala operatoria con diminuzione dell'IQR e della mediana relativo al turn over e ora inizio primo intervento rispetto al 2021		
	10.3	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	SI	D	5		indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita:<= valore 2020		16,01%
	10.4	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	SI	D	5		indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita:<= 8%		<=8%
10.1.1	11.1	Avviare e concludere lo scorporo delle funzioni di pediatria e ostetricia e ginecologia da ASUGI all'IRCCS Burlo, cosi' come previsto dalla art. 29 della LR 22/2019, entro il 31/12/2022.	SI	D	10		- Costituzione e partecipazione ai gruppi di lavoro - Redazione di un documento contenente il disegno delle attivita' oggetto di trasferimento (tempi e modi per descrivere e realizzare il nuovo modello organizzativo delle attivita').		

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	12.1	Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione specifica	SI	D	5		partecipazione ai corsi antincendio rischio elevato medici		>45%
	14.5	Rivedere l'organizzazione delle attivita' di ostetricia e ginecologia (compreso posti letto e imputazione attivita' sanitaria)	SI	D	5		- Documento di riorganizzazione attivita' inviato alla Direzione Sanitaria, contenente i criteri per la distribuzione dei PL e dell'attivita' sanitaria		
4.6	15.1	Utilizzare la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	SI	D	5		% di utizzo della prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)		>90%
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitorate nel periodo maggio-dicembre (per le prioritari D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI	D	15		prima visita ginecologica	3970	4174
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	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.		
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar

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

Note: Entro Agosto 2022

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar**

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

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini

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

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

**Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
 prof. Claudio Granata

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Claudio Granata**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2021	Soglia
	10.2	incrementare il tempo di utilizzodelle apparecchiature diagnostiche	SI D	10			Attuazione della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.		
C.2	16.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI - Volumi Rispettare i volumi maggiori tra 2019 e 2021 per le prestazioni monitoratenel periodo maggio-dicembre (per le prioritá D eP) - Vengono escluse le prestazioni che hanno registrastato nel 2019 e 2021 un volume inferiore a 20. Qualora in volume non sia raggiunto deve essere garantito il tempo d'attesa in almeno il 90% dei casi. Fonte: SIASA	SI D	15			TC, RM, ECOGRAFIE	vedi file excel di dettaglio allegato alla scheda di attivit�	
	16.3	Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari	SI D	10			Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari - eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati ed autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite dalla SSD Programmazione e controllo.		
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

Responsabile:
 prof.ssa Giuliana Decorti

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
 prof.ssa Giuliana Decorti**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

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

Obiettivi di attivita' 2022

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

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

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

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

Allegato 3

Assegnazione del Budget di risorsa anno 2022

Livello						VOCE MODELLO CE	I REPORT 2022 (proiezione al 31/12/22)	di cui COVID19	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2021 al netto di COVID e Ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico- Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato	
I	II	III	IV	V	VI															
390	200	300	200			Sopravvenienze passive v/terzi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	300	200	10		Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	300	200	20		Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	300	200	20	5	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	545,96	-	545,96	-	-	-	545,96	-	-	-	-	-	-	545,96
390	200	300	200	20	10	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	13,80	-	13,80	-	-	-	13,80	-	-	-	-	-	-	13,80
390	200	300	200	20	15	Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	2.857,12	-	2.857,12	-	-	-	2.857,12	-	-	-	-	-	-	2.857,12
390	200	300	200	30		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	300	200	40		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	300	200	50		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	300	200	60		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	28,06	-	28,06	-	-	28,06	-	-	-	-	-	-	-	28,06
390	200	300	200	90		Altre sopravvenienze passive v/terzi	112,53	-	112,53	-	-	-	-	-	-	112,53	-	-	-	112,53
390	200	400				Insussistenze passive	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	50			Insussistenze passive per quote FS vincolato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	100			Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200			Insussistenze passive v/terzi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	10		Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	20		Insussistenze passive v/terzi relative al personale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	30		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	40		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	50		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	60		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	400	200	70		Altre insussistenze passive v/terzi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
390	200	500				Altri oneri straordinari	19,91	-	19,91	-	-	-	-	-	19,91	-	-	-	-	19,91
400	0	0	0	0	0	IRAP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
400	100					IRAP relativa a personale dipendente	2.652.030,00	85.812,00	154.800,00	2.411.418,00	-	-	2.652.030,00	-	-	-	-	-	-	2.652.030,00
400	200					IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	124.146,00	2.236,00	121.910,00	-	-	-	124.146,00	-	-	-	-	-	-	124.146,00
400	300					IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia)	48.304,00	-	48.304,00	-	-	-	-	-	48.304,00	-	-	-	-	48.304,00
400	400					IRAP relativa ad attività commerciale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
405	0	0	0	0	0	IRES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
405	100					IRES su attività istituzionale	25.000,00	-	25.000,00	-	-	-	-	25.000,00	-	-	-	-	-	25.000,00
405	200					IRES su attività commerciale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
410	0	0	0	0	0	Accantonamento a F.do imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
						Totale costi	81.140.244,54	3.298.328,15	7.756.768,00	70.133.140,39	5.906.931,00	21.731.209,22	47.784.296,88	2.256.996,91	909.668,00	2.125.412,53	318.730,00	107.000,00	-	81.140.244,54

Allegato 4

**Individuazione dei referenti delle linee
progettuali 2022 e degli obiettivi
aziendali**

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/05/2022 (1 trimestre)	DA	Pavan
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/07/2022 (2 trimestre)	DA	Pavan
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale – Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/10/2022 (3 trimestre)	DA	Pavan
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	31/12/2022	DA	DA
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa	% visita algologica in cui il tempo d'attesa è rispettato per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	>=75%	DS	Mergoni
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Reperibilità algologica	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;	31/12/2022	DS	Mergoni
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Appropriatezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2022	DS	Mergoni
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/ teleassistenza	% di prestazioni autorizzate alla telemedicina (es. controllo algologico) effettuate tramite l'utilizzo delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	almeno 5%	DS	Mergoni
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022	entro 31/12/2022	DS	Barbi / De Zen
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	31/03/2022	DS	DS
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	30/05/2022	DS	Petretic
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022	31/03/2022	DS	DS

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	entro 15/04/2022	DS	Petretic
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Elaborazione di specifica relazione da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di tempo di utilizzo e prestazioni erogate dalle riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	31/03/2022	DS	DS
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate dalle apparecchiature diagnostiche.	entro 15/04/2022	DS	Granata
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN	% Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 con priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	>=90% per tipologia prestazione	DS	Fari
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi oncologici erogati entro i tempi previsti per le specifiche priorità	>=90% per tipologia prestazione	DS	Petretic
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019) erogata nei tempi previsti	>=90% per tipologia prestazione	DS	Petretic
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie: Recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 per periodo di pari durata ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20 Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	>= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume < 20) se volume non raggiunto >= 90% per specifica prestazione	DS	Fari Petretic P&C effettua periodico monitorag gio
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie: Recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 – per periodo di pari durata – ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO) Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	>= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% se volume non raggiunto >= 90% per specifico intervento	DS	Fari Petretic P&C effettua periodico monitorag gio
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D102 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	DS	Fari
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	DS	Urriza Fari P&C effettua periodico monitorag gio

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	DS	Schleef
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H18C % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	Obiettivo 2022 è valore riferimento LEA 2022	DS	Ricci/ Maso
E.2.1	Area perinatale	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	Punti nascita che hanno registrato un valore <= 19% nell'anno 2020, il target 2022 è <= valore 2020	DS	Ricci/ Maso
E.2.1	Area perinatale	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS)<=8%	DS	Ricci/ Maso
1.1.2	Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi	Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	Entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo	entro 11/3/2022	DS	DS
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	entro 30/06/2022	DS	Ronfani
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022	entro 31/12/2022	DS	Ronfani
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	31/12/2022	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 31/5/2022 (1 quadrimestre)	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 30/9/2022 (2 quadrimestre)	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 31/1/2023 (3 quadrimestre)	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	BENESSERE DEL PERSONALE 2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali il livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (Invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)	entro 31/12/2022	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Le aziende individuano almeno una struttura aziendale presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022)	entro 30/06/2022	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti	entro 31/12/2022	DS	Russian
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 30/6/2022: Invio congiunto ad ARCS e alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati.	30/06/2022	DS	Ronfani
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 31.12.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2022.	31/12/2022	DS	Ronfani
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta	31/12/2022	DS	Ronfani
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Trasmissione congiunto alla DCS del report elaborato sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta, entro febbraio 2023.	28/02/2023	DS	Ronfani
2.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	n° prestazioni/anno erogate da ogni centro erogatore;	1400 prestazioni / anno	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	mantenimento valore 2019 se l'azienda aveva già raggiunto il target > 1,5	DS	Cadenaro

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere valore > 1.5 nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	>=1,5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere il valore di almeno 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	>= 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	La media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	media aziendale annua prestazioni per riunito	1400 prestazioni/ riunito	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	% aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate	< 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2022 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2022 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	31/03/2022	DA	Zaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	30/04/2022 (dati 1 trimestre)	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	31/07/2022 (dati 2 trimestre)	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	31/10/2022 (dati 3 trimestre)	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	31/01/2023 (dati 4 trimestre)	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	31/12/2022	DS	Cadenaro
2.9	Emergenza urgenza territoriale	Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022	31/10/2022	DS	Ronfani
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	% dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	>= 65% hub	DS	Amaddeo
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	>= 75% hub	DS	Amaddeo
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	31/12/2022	DS	Ricci/ Resp piattaforma a ostetrica
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard	>= 50%	DS	Ricci/ Resp piattaforma a ostetrica
4.2	Trapianti e donazioni	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale	31/12/2022	DS	Russian
4.3	Infertilità	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022.	entro 31/12/2022	DS	Ricci
4.4	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi. Indicatore: % di presenza dei referenti aziendali alle riunioni	>80%	DS	Maso/ Travan/ Resp Piattaforma a ostetrica
4.4	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022	audit annuale	DS	Maso / Travan
4.4	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Trasmissione, entro 31.12.2022, alla Direzione centrale salute delle risultanze dell'audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022	31/12/2022	DS	Maso / Travan
4.4	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	n° eventi formativi anche congiunti sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento	>= 1 evento formativo	DS	Maso / Travan
4.5	Pediatria	IRCCS Burlo RETE ONCOLOGIA PEDIATRICA Definizione delle caratteristiche della rete di patologia oncoematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2022	entro 31/12/2022	DS	Rabusin/ Ronfani?

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
4.5	Pediatria	IRCSS Burlo AREA EMERGENZA URGENZA Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2022 dal BURLO è definita e trasmessa ad ARCS e DCS proposta di modello Hub & Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	entro 31/12/2022	DS	Ronfani/ Sagredini / Amadeo
4.5	Pediatria	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2022 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	entro 30/06/2022	DS	Arbo
4.6	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2022, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali.	4 report trimestrali	DS	Urriza
4.6	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	31/12/2022	DS	Urriza
4.6	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	>= 90%	DS	Urriza
4.6	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2022	DS	Urriza
4.6	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	31/12/2022	DS	Urriza
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.	31/01/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	31/12/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	31/12/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	31/12/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	31/12/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	n° buone pratiche inserite nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call Agenas.	almeno 1 per azienda	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali.	entro 31/03/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	n° di standard non compliant alla valutazione CARMINA 2021 migliorato	>=1	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza	31/12/2022	DS	Comar Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali (RSA e coinvolgimento case di riposo) attraverso il protocollo ECDC HALT3.	31/12/2022	DS	Non di pertinenza
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale.	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze.	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti).	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.	31/12/2022	DS	Arbo
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	31/12/2022	DS	Bicego
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	>= 5 giornate	DS	Danielli

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento.	31/12/2022	DS	Danielli
5.2	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inerti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2022	DS	Danielli
5.2	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2022	DS	Danielli
6.2	Contenimento o spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno: - 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.) Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting	Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano: - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre). Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	30/09/2023 (1 semestre)	DS	Arbo
6.2	Contenimento o spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno: - 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.) Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting	Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano: - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre). Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	DS	Arbo
6.4	Contenimento o spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): si/no (peso 70%)	30/09/2022 (1 semestre)	DS	Arbo
6.4	Contenimento o spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): si/no (peso 70%)	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	DS	Arbo
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: si/no	31/07/2022 (1 semestre)	DS	Arbo
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: si/no	28/2/2023 (2 semestre)	DS	Arbo
6.6	Attività centralizzate - ARCS	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022. Modalità di valutazione: avvio del tavolo: si/no (peso 30%) report inviato entro i termini: si/no (peso 70%)	entro 31/03/2022	DA	Carlevaris/ Villano

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
6.6	Attività centralizzate – ARCS	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022. avvio del tavolo: si/no (peso 30%) report inviato entro i termini: si/no (peso 70%)	entro 31/12/2022	DA	Carlevaris/ Villano
6.6	Attività centralizzate – ARCS	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze. Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	entro 30/06/2022	DS	Arbo
6.6	Attività centralizzate – ARCS	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l'80% delle giacenze delle referenze di ciascun Buffer secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS. l'inventario informatico del Buffer dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer. ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.	28/02/2023	DS	Arbo
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	entro 30/09/2022 (1 semestre)	DS	Arbo
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	entro 15/04/2023 (attività annuale)	DS	Arbo
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)	Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022. Modalità di valutazione: Documento inviato nei termini: si/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: si/no (peso 70%)	entro 31/12/2022	DS	Arbo
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività. Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi. Indicatore: - Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma. La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: si/no	inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro	DS	Arbo
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria gli Enti assicureranno l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale	Erogazione/somministrazione dei farmaci di cui alle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria con inserimento del dato di residenza del paziente. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza / spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	DS	Arbo
6.9	Farmacovigilanza	Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%) L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*. * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione	Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS). Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021	DS	Arbo

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
6.9	Farmacovigilanza	Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%) L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*. * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione	Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS). Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.	- rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021 - evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione "indirizzo"	DS	Arbo
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	>= 90%	DA	Carlevaris/ Orsini/Accardo/Delucca
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	>= 90%	DA	Rachelli
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.	31/12/2022	DA	Rachelli
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	31/12/2022	DA	Rachelli
7.4	Sistema informativo clinico	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	>= 90%	DA	Carlevaris/ Deluca
7.4	Sistema informativo clinico	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	30/06/2022	DA	Carlevaris/ Deluca
7.4	Sistema informativo clinico	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Deluca
7.5	Rinnovo sistemi informativi	Avviamento cartella clinica elettronica di oncologica e UFA.	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30/09/2022 e contestuale dismissione di G2 oncologia.	30/09/2022	DA	Carlevaris/ Deluca
7.5	Rinnovo sistemi informativi	Avviamento sistema informativo POINT per i Servizi NPIA	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30 settembre 2022	30/09/2022	DA	Carlevaris/ Deluca
7.6	Ricetta dematerializzata	Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza	70%	DA	Carlevaris/ Deluca
7.7	Sicurezza asset informatici	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/05/2022.	entro 30/05/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.7	Sicurezza asset informatici	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	entro 30/10/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.7	Sicurezza asset informatici	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	30/04/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.7	Sicurezza asset informatici	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	30/06/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.7	Sicurezza asset informatici	Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022	30/10/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.8	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	almeno 3 su 4 programmati	DA	Carlevaris/ Deluca/ Doria
7.9	PACS	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
7.9	PACS	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali. INSIEL garantisce: • entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE. • entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione.	31/07/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.9	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara.	31/03/2022	DA	Barbagli
8	Flussi informativi	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile	mensile	DS	Fari
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	>=98%	DS	Fari
9.5.2	Investimenti	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	15/09/2022	DA	Carlevaris/ Pavan
10.1.1	Costi del personale e politiche assunzionali	Funzioni di pediatria e ostetricia	Avvio delle attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni	30/04/2022	DA/ DS	DA/ DS
10.1.1	Costi del personale e politiche assunzionali	Funzioni di pediatria e ostetricia	Conclusione degli scorpori e trasferimento delle attività	31/12/2022	DA/ DS	DA/ DS
10.3.2.1	Il Piano della formazione regionale	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	31/03/2022	DA	Decorti
10.3.2.1	Il Piano della formazione regionale	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale (PFR)	entro 30 gg	DA	Decorti
10.3.2.2	La Relazione annuale regionale	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.	31/05/2022	DA	Decorti
BURLO - aziendale	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sulle attività svolte nel corso dell'anno	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Trasmissione alla DCS del report elaborato sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori identificati entro febbraio 2023.	28/02/2023	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo - Entro 31/12/2022: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Screening neonatale	Screening neonatale Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento	Flusso informativo 100%	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Screening fibrosi cistica	Avvio per la centralizzazione dello screening della fibrosi cistica	Attuazione del percorso diagnostico inviato alla DCS con nota prot. 1189 dd 4/2/2022, previa autorizzazione regionale	31/12/2022	DS	Urriza
BURLO - aziendale	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Rilevazione HBSC	Raccolta dati di competenza	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Registro regionale endometriosi Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Tenuta del registro regionale di patologia.	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Registro regionale endometriosi Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Accreditamento	Proseguire nel percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	Effettuare la formazione del personale dedicato e coinvolto	31/12/2022	DS	Travan
BURLO - aziendale	Accreditamento	Proseguire nel percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	Mantenimento del tasso di allattamento esclusivo alla dimissione >80%	31/12/2022	DS	Travan/ Bicego
BURLO - aziendale	Logistica	Proseguire nel percorso di risoluzione delle criticità logistiche dell'Istituto mediante il progressivo trasferimento presso gli edifici dell'Opera San Giuseppe	Trasferimento dell'attività ambulatoriale (odontostomatologia, oculistica, otorinolaringoiatria/audiologia e fisioterapia) e avvio dell'attività nei nuovi spazi	31/12/2022	DA/DS	DA/DS
BURLO - aziendale	Programma trapianti metropolitano	Formalizzazione di un Programma unico di trapianto FVG tra i centri di emato-oncologia regionali coinvolti nell'attività di trapianto di CSE da formalizzare presso le Autorità nazionali competenti (CNT e GITMO), con il coordinamento del programma da parte di ASUFC, così come previsto dalla DGR 1965/2021	Formalizzazione del programma	31/12/2022	DS	DS/Rabusini
BURLO - aziendale	Fase 1	Avviare le sperimentazioni cliniche di Fase I	Invio ad AIFA del modulo di autocertificazione	30/09/2022	DS	Danielli
BURLO - aziendale	Valorizzazione e attività	Individuare, d'intesa con la Direzione Centrale Salute ed ARCS, uno strumento di riconoscimento economico e di finanziamento dell'attività altamente specialistica dell'IRCCS non comparabile alle prestazioni per adulti.	Istituzione di un tavolo di lavoro con DCS e ARCS finalizzato all'applicazione delle tariffe per gli ospedali pediatrici monospécialistici ex CSR 2018 e CSR 2021	31/12/2022	DA	Vardabasso
BURLO - aziendale	Rete regionale cure palliative pediatriche e Hospice pediatrico	Realizzare l'hospice pediatrico	Presentazione della domanda alla struttura regionale competente, successiva alle indicazioni regionali, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge finanziaria regionale 2021, corredata di una relazione illustrativa e di un quadro economico dell'opera, nonché di un cronoprogramma comprensivo delle fasi di progettazione e di esecuzione dei lavori.	31/03/2022 - previa indicazione regionale	DA/DS	Pavan

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
BURLO - aziendale	Rete regionale cure palliative pediatriche e Hospice pediatrico	Avviare l'attività del Centro specialistico di riferimento per la terapia antalgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale	Formalizzazione del Comitato di Coordinamento che avrà il compito di garantire il governo della Rete Cure palliative pediatriche e di favorirne la realizzazione secondo il modello individuato dal Decreto 1771/2016	31/12/2022	DS	Barbi / De Zen
BURLO - aziendale	Adeguamento dei PL	Progressivo adeguamento dei PL alla DGR relativa alle funzioni	Adeguamento per il presidio Burlo dei PL previsti dalla DGR 1446/2021 e DGR 1965/2021 successivo alla formale approvazione dell'atto aziendale	31/12/2022	DS	Vardabasso

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARTINA VARDABASSO

CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I

DATA FIRMA: 24/06/2022 11:19:22

IMPRONTA: 0A505AC02F5D004C3F252F9F67ECBA16747B912197AC981BE5F9ECE7675B7A01
747B912197AC981BE5F9ECE7675B7A011D50A98EAD9F22688BFDA85808E6644F
1D50A98EAD9F22688BFDA85808E6644FEE63B01F66316BE7F065E2B701371393
EE63B01F66316BE7F065E2B701371393A454B2DC0CCB9CBB0BBCF10E55D4520A