

IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



**Relazione sulla
performance**

Anno 2024

Sommario

Premessa.....	3
1.1 L'attività del periodo.....	3
1.2 Gli obiettivi regionali.....	15
1.3 Gli obiettivi di Patto del DG.....	15
1.4 Qualità e appropriatezza	21
1.4.1 Il Piano Annuale dei controlli	21
1.4.2 Gli indicatori LEA e del Progetto Bersaglio	23
1.5 I risultati della ricerca.....	26
2. Analisi del contesto e delle risorse	33
2.1 Risorse, efficienza ed economicità.....	33
2.2 Le risorse umane	36
a) Percorsi di stabilizzazione del personale del comparto e della dirigenza.....	38
b) Percorsi di stabilizzazione del personale della ricerca	38
2.3 Il bilancio di genere	39
2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali	43
3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa	46
3.1 Misurazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti	46
3.2 Obiettivi correlati con fondi di risultato e premialità.....	48
3.2. 1 Obiettivi collegati all'anticorruzione e trasparenza e nuova tutela dei dati personali	49
3.3 Obiettivi correlati a progetti innovativi.....	51
3.4 Sintesi della performance individuale	51
4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2024.....	54
4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento.....	55
Allegati	56
Allegato 1: Livello di raggiungimento degli obiettivi collegati alla performance organizzativa - anno 2024	56
Allegato 2: Sintesi della percentuale di raggiungimento dei progetti innovativi 2024.....	58
Allegato 3: Sintesi della performance individuale	68

Premessa

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2024 dell'IRCCS Burlo Garofolo e viene redatto entro le tempistiche ed in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i.) ed alla luce delle Linee guida emanate dalla Funzione Pubblica (n. 3/2018), che forniscono indicazioni in merito alle modalità di redazione della Relazione annuale sulla performance da parte delle amministrazioni ed alle modalità di validazione della stessa da parte degli Organismi Indipendenti di Valutazione.

La presente relazione descrive in estrema sintesi i risultati raggiunti nel 2024 a livello aziendale, di unità organizzativa ed individuale, nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti. La documentazione relativa alla performance è consultabile sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente/ Performance", così come previsto dalla normativa vigente.

Vengono evidenziate, in particolare, nei successivi paragrafi, le novità introdotte dall'IRCCS in tema di valutazione della performance individuale con l'utilizzo delle matrici di responsabilità applicate alla dirigenza dell'area sanità.

1.1 L'attività del periodo

ATTIVITÀ DI RICOVERO

I dati di attività esposti nelle tabelle seguenti (da tabella 1 a 8) evidenziano quanto segue:

AREA PEDIATRICA MEDICA

Il trend dei ricoveri eseguiti dalla struttura di Pronto soccorso e Pediatria d'urgenza è in costante aumento, nonostante l'eliminazione dei ricoveri dedicati ai pazienti Covid positivi che ha caratterizzato gli anni della pandemia. Si evidenzia nella tabella sottostante un leggero decremento degli accessi al Pronto Soccorso, con un'inversione del trend in costante aumento registrato negli anni post covid, derivante dalle azioni, condivise all'interno del Rete pediatrica e formalizzate in un documento prodotto nel 2023, volte a ridurre l'inappropriatezza negli accessi.

Rispetto al 2023, la Neuropsichiatria infantile ha registrato un mantenimento dei ricoveri sia diurni che ordinari, dopo il notevole incremento che aveva caratterizzato la fase pandemica e ascrivibile al disagio adolescenziale secondario all'isolamento e alla mancanza di socialità. La struttura registra un decremento delle giornate di degenza (-479), e quindi del tasso di occupazione dei posti letto, fondamentalmente determinato dalla natura del DRG. Permane, all'interno dell'Istituto, la difficoltà di dimettere pazienti con problematiche psichiatriche, una volta superata la fase acuta.

La Clinica pediatrica registra nel 2024 un incremento dell'attività di ricovero ordinario, con un'attività che ha raggiunto i volumi degli anni prepandemici. L'attività di day hospital è, viceversa, diminuita, in virtù di un più appropriato setting erogativo che ha visto il trasferimento al regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime diurno a scopo diagnostico.

L'attività della SC Oncoematologia pediatrica ha registrato un calo nei ricoveri rispetto all'anno precedente. È invece incrementata l'attività ambulatoriale anche in seguito all'avvio di attività di diagnosi e follow-up di pazienti affetti da sindrome a predisposizione genetica a neoplasia. In particolare, nel corso del 2024, sono stati eseguiti 8 trapianti di midollo, di cui 5 allogenici. È stato inoltre formalizzato il Centro Trapianti metropolitano dell'area Giuliano isontina. Il Programma Trapianti Metropolitano dell'IRCCS è diretto dal Direttore della SC Oncoematologia dell'Istituto. Il Coordinatore Regionale del Centro Trapianti ha espresso parere favorevole alla costituzione del Programma, parere che è stato trasmesso all'Istituto dalla DCS con nota prot. n. 553455 del 19.9.2024.

Si conferma il ruolo dell'IRCCS nell'ambito dell'immunologia, delle intolleranze alimentari, delle patologie neuropsichiatriche comuni nell'infanzia quali l'epilessia, l'autismo e delle disabilità intellettive ed i disturbi dell'apprendimento.

È proseguita nel corso del 2024, l'attività di diagnosi e cura delle malattie rare, secondo un approccio multidisciplinare e multispecialistico, che consente non solo di gestire il bambino con malattia rara, ma anche di svolgere numerose ricerche volte a migliorare la presa in carico globale dei piccoli pazienti e la loro qualità di vita. Si conferma il ruolo all'avanguardia del Burlo nella terapia delle malattie rare. Il Burlo è il centro autorizzato alla terapia dell'atrofia muscolare spinale, una gravissima malattia che colpisce l'apparato neuromuscolare. Alla terapia con il farmaco Spinraza, disponibile da diversi anni, si è aggiunta la possibilità di eseguire una terapia genica con il Zolgensma, farmaco innovativo, il cui effetto nel rallentare/bloccare la degenerazione muscolare ha modificato radicalmente il decorso della malattia. Al fine di favorire la diagnosi precoce della malattia, nel mese di ottobre del 2023, è stato avviato, nell'ambito di una sperimentazione clinica finanziata dalla Direzione Scientifica dell'Istituto, un programma di screening neonatale della SMA, che coinvolge anche i nati presso l'ospedale di Monfalcone, che è proseguito anche nel corso del 2024.

Il 2024 ha visto la prosecuzione del consolidamento dell'attività di diagnostica nell'ambito dell'immunologia, ematologia e della gastroenterologia pediatrica.

Nel corso dell'anno, è proseguita l'attività del centro di riferimento regionale per la terapia antalgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale, sia per quanto riguarda l'attività clinico assistenziale svolta in sede che quella di supporto, di supervisione clinica e di consulenza all'attività di assistenza domiciliare su tutto il territorio regionale. A fine anno, sono stati

attivati, in accordo con ASUGI, così come previsto dalle linee di gestione 2023, 2 posti letto di hospice pediatrico, per iniziare l'attività di ricovero a partire dal 2024.

Importante l'attività svolta dai professionisti dell'area pediatrica assieme all'ufficio OMS (Organizzazione Mondiale Sanità) del Burlo, all'interno di un network regionale e nazionale di pediatri ospedalieri e di famiglia, per la condivisione giornaliera, in tempo reale con mailing list, del numero contagi Covid e la segnalazione eventuali criticità. L'attività di terapia intensiva neonatale ha registrato un incremento dell'attività di ricovero rispetto all'anno precedente e al 2019; è stata mantenuta l'attività di trasporto materno e neonatale, principalmente dal punto nascita di Monfalcone e dall'area pordenonese.

È proseguito nel corso del 2024, il percorso di accreditamento Unicef teso a proporre argomenti riguardanti la promozione e protezione dell'allattamento e l'alimentazione dei bambini nei primi mille giorni di vita, in un'ottica di promozione della salute di mamma e bambino in quello che si definisce "Percorso Nascita". In particolare è proseguito il percorso formativo del personale coinvolto. A fine novembre si è svolta la visita di sostegno per valutare il passaggio alla terza ed ultima fase dell'accreditamento.

AREA CHIRURGICA PEDIATRICA

L'attività dell'area chirurgica, sia in termini di volumi che di tariffato, risulta in decremento rispetto al 2023. Tale riduzione è strettamente collegata alla problematica degli anestesisti che ha caratterizzato il 2024, condizionando in maniera significativa la possibilità di mantenere i livelli produttivi raggiunti l'anno precedente.

L'attività di Chirurgia pediatrica e Urologia ha registrato negli ultimi anni un importante aumento, raggiungendo valori superiori a quelli osservati prima della pandemia, sia per quanto riguarda il regime diurno che quello ordinario. In particolare si è consolidata l'attività urologica dedicata, in particolare, a pazienti con disturbi di continenza e funzione vescicale. È, inoltre, proseguita l'attività chirurgica, ambulatoriale e di ricovero, presso l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, nell'ottica di una progressiva attuazione del progetto denominato Burlo multicentrico.

Nel contesto chirurgico, vi sono alcuni ambiti di alta specializzazione che meritano di essere sottolineati e che, in linea di massima, hanno mantenuto costante la loro attività, come gli interventi di impianti cocleari e di artrodesi vertebrale, erogati sia a favore di pazienti regionali che extraregionali.

La attività di ricovero della SC Oculistica registra un leggero incremento sui volumi dell'anno precedente, confermando la maggiore capacità di presa in carico. La struttura è Centro di Riferimento regionale per l'età pediatrica di alcune malattie rare in campo oftalmologico, garantendo le prestazioni chirurgiche necessarie al loro trattamento. Vista l'acquisizione di nuove

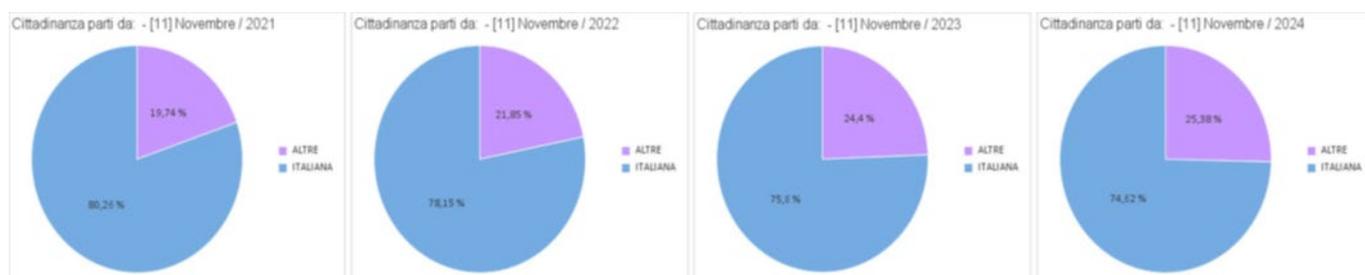
attrezzature sono stati implementati esami clinici e strumentali in sedazione, come ERG ed OCT ed inoltre grazie all'acquisizione del topografo corneale e del laser è stata implementata la cura tramite cross-linking del cheratocono, anche in pazienti che necessitano di sedazione.

L'attività di Odontoiatria pubblica è stata garantita dalla SCU di Odontostomatologia, che ha mantenuto i volumi dell'anno precedente, attestandosi su valori superiori al 2019 e registrando contestualmente un notevole incremento di tariffato, collegato alla maggiore complessità dell'attività erogata. Nel corso del 2024, successivamente al trasferimento presso l'opera di San Giuseppe, l'attività è stata ulteriormente incrementata grazie all'acquisizione di 4 nuovi riuniti ed al progressivo adeguamento del personale alle nuove dotazioni tecnologiche.

AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA

Nell'area ostetrico-ginecologica si evidenzia un decremento dei parti, in linea con i dati regionali e nazionali. Come si evince dai grafici sotto riportati, continua ad aumentare la percentuale di parti di donne straniere, pari al 25,8%, maggiore della media italiana relativa al 2024, che risulta pari al 20%.

Tabella 1- cittadinanza delle donne dimesse per parto



Il Burlo rappresenta il centro di riferimento per diagnosi prenatale, gravidanza a rischio, oncologia e procreazione medicalmente assistita (PMA) anche per l'area isontina.

In ambito ostetrico è proseguito il percorso di integrazione multidisciplinare e di collegamento fra centro Hub e Spoke e fra ospedale e territorio. La crescente complessità, insita nel terzo livello di assistenza ostetrica, garantito dalla SSD Gravidanza a rischio, non ha influito sul tasso di tagli cesarei, che, si è mantenuto sempre di molto al di sotto degli standard nazionali. Notevole impegno è stato posto anche nel contenimento del ricorso a episiotomia e a parti operativi, che evidenziano una tendenza alla riduzione rispetto al 2022. Anche nel corso del 2023, l'Istituto ha garantito i ricoveri di pazienti ostetriche covid positive provenienti dall'area isontina. Presso il Burlo è in corso la sperimentazione della cartella informatizzata della gravidanza a basso rischio proposta dalla regione.

La SSD di medicina fetale e diagnostica prenatale è centro di riferimento regionale per la diagnosi prenatale. Garantisce procedure diagnostiche e terapeutiche sia di I che II livello, quali trasfusioni in utero e terminazioni selettive. La presa in carico della paziente/feto è garantita da un team multidisciplinare costituito da un pool di specialisti esperti in problematiche materno-fetali, fra i quali anche i radiologi con avanzate competenze in risonanza magnetica nucleare fetale. Tale sinergia garantisce la gestione delle malformazioni e della patologia fetale. L'attività della struttura è in costante crescita.

Presso il Burlo è garantita l'attività di ginecologia, in particolare nell'ambito dell'oncologia ginecologica che risulta in espansione e che opera attraverso un'equipe multidisciplinare dedicata, composta da ginecologi, anatomopatologi, oncologi, radiologi, radioterapisti e genetisti.

Negli ultimi cinque anni, la Ginecologia oncologica del Burlo ha ulteriormente consolidato il proprio ruolo nell'area giuliano-isontina mediante costante implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici in ambito oncologico.

Negli ultimi anni, in ambito ginecologico, è stata progressivamente implementata la chirurgia ginecologica ambulatoriale, con l'obiettivo di ridurre il ricorso alle sale operatorie.

Presso la struttura sono operativi numerosi ambulatori specialistici, fra i quali quello dedicato all'infanzia e all'adolescenza. Il servizio, unico in regione, in collaborazione con i pediatri, si occupa delle anomalie congenite del tratto genitale femminile, delle patologie endocrinologiche che coinvolgono anche l'ambito ginecologico.

Sono attivi gruppi multi-disciplinari per oncologia ginecologica, endometriosi e patologia del pavimento pelvico. Per ciascuna di queste branche sono in continuo sviluppo tecniche operatorie ad hoc e sono disponibili strumentazioni chirurgiche all'avanguardia.

L'attività di ricovero in ambito ginecologico risulta in calo a causa della carenza di personale anestesista e infermieristico. Di contro, tuttavia, si registra complessivamente un incremento della complessità dei casi chirurgici trattati. È stata mantenuta la percentuale di rispetto dei tempi di attesa per l'intervento di tumore dell'utero che è superiore al 95%, con un tempo di attesa medio di 19 giorni (aggiornamento dati 15/1/2025). In costante aumento, con valori sensibilmente superiori al periodo prepandemico, i volumi dell'attività ambulatoriale.

La SCR di Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione medicalmente assistita è riferimento per il Nord-Est per gli studi collaborativi del Registro Nazionale PMA, Istituto Superiore di Sanità e contribuisce alla stesura di linee-guida ministeriali sulla PMA. È, inoltre, riferimento per la preservazione della fertilità per soggetti oncologici dell'IRCCS e di ASUGI.

L'attività della struttura viene erogata in solo regime ambulatoriale e, nel corso del 2024, ha registrato un incremento rispetto al 2022 e 2023, riportandosi verso un graduale allineamento ai livelli prepandemici.

TAB. 2 - SINTESI ATTIVITÀ OSPEDALIERA

ATTIVITÀ DI RICOVERO	anno 2021	anno 2022	anno 2023	anno 2024	Δ 2024/2023	Δ% 2024/2023	
Numero totale di ricoveri	10.175	10.660	10.463	10.162	-301	-3%	fonte SDO portale SISSR
Numero totale di ricoveri senza DRG 391 (neonato sano)	9.379	9.732	9.548	9.225	-323	-3%	
Ricoveri ordinari	6.640	7.092	6.734	6.589	-145	-2%	
Ricoveri DH	3.535	3.568	3.729	3.573	-156	-4%	
Numero parti (fonte SDO)	1.351	1.519	1.365	1.376	11	1%	
Giornate di degenza							
giornate di degenza RO	27.051	29.140	29.446	28.042	-1.404	-5%	
giornate di degenza DH	6.173	5.526	5.695	5.637	-58	-1%	
Degenza media RO	4,18	4,17	4,53	4,07	0	-10%	fonte Qlik
Degenza media DH	1,74	1,55	1,52	1,58	0	4%	
Tasso di occupazione RO	65,73%	70,25%	75,64%	70,01%			
Tasso di occupazione DH	86,04%	77,27%	83,33%	82,27%			

i dati inseriti sono stati aggiornati marzo 2025 e risentono, per gli anni precedenti, di piccole variazioni rispetto a quanto riportato nei bilanci e/o reportistiche precedenti.

TAB. 3 - SINTESI ATTIVITÀ DEL PRONTO SOCCORSO

PRONTO SOCCORSO fonte BO - base dati SEI	anno 2021	anno 2022	anno 2023	anno 2024	Δ 2024/2023	Δ% 2023/2022	
numero accessi	19.865	25.727	26.448	25.320	-1.128	-4%	Fonte: SEI portale SISSR
numero accessi per triage							
<i>codice rosso</i>	41	94	65	102	37	57%	
<i>codice arancione</i>		1.471	1.781	1.767	-14	-1%	
<i>codice giallo</i>	1.389	394					
<i>codice azzurro</i>		6.767	8.964	9.492	528	6%	
<i>codice verde</i>	10.658	9.690	9.352	9.724	372	4%	
<i>codice bianco</i>	7.777	7.311	6.286	4.235	-2.051	-33%	
numero osservazioni brevi	936	1.265	1.409	1.661	252	18%	
tempo medio di attesa alla visita per codice triage							
<i>codice rosso</i>	00:11	00:09	00:08	00:10			
<i>codice arancione</i>		00:12	00:11	00:11			
<i>codice giallo</i>	00:12	00:12					
<i>codice azzurro</i>		00:35	00:33	00:33			
<i>codice verde</i>	00:33	00:41	00:43	00:43			
<i>codice bianco</i>	00:28	00:32	00:33	00:39			
ricoveri su totale accessi	744	870	815	830			
% ricoveri su totale accessi	3,75%	3,38%	3,08%	3,28%			
ricoveri su totale accessi suddiviso per triage							
<i>codice rosso</i>	24	49	31	50			
%	59%	52%	48%	49%			
<i>codice arancione</i>		263	303	292			
%		18%	17%	17%			
<i>codice giallo (N)</i>	276	68					
%	20%	17%					
<i>codice azzurro</i>		212	265	298			
%		3,13%	2,96%	3,14%			
<i>codice verde (N)</i>	323	143	93	95			
%	3%	1%	1%	1%			
<i>codice bianco (N)</i>	121	135	123	95			
%	2%	2%	2%	2%			
numero indagini radiologiche richieste	5.445	6.431	6.195	6.244	49	1%	

i dati inseriti sono stati aggiornati marzo 2025 e risentono, per gli anni precedenti, di piccole variazioni rispetto a quanto riportato nei bilanci e/o reportistiche precedenti.

TAB. 4 - SINTESI DRG

Attività di ricovero primi 20 DRG per peso e frequenza - anno 2024				
Codice DRG	Descrizione DRG	Peso DRG	Frequenza	freq*peso
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	0,98	534	522,52
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	0,44	871	386,64
546	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA	5,01	63	315,56
387	PREMATURITÀ CON AFFEZIONI MAGGIORI	3,53	66	233,09
353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	1,77	82	145,37
060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ <18 ANNI	0,40	428	171,16
538	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	0,94	184	173,31
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	15,51	6	93,07
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	0,70	259	182,36
391	NEONATO NORMALE	0,16	937	149,73
371	PARTO CESAREO SENZA CC	0,73	250	183,35
225	INTERVENTI SUL PIEDE	0,88	132	116,50
492	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA O CON USO DI ALTE DOSI DI AGENTI CHEMIOTERAPICI	1,49	43	64,26
380	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	0,39	292	113,53
386	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	8,69	17	147,69
340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ < 18 ANNI	0,60	185	110,76
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	0,90	111	100,04
041	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETÀ < 18 ANNI	0,59	174	101,81
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	0,46	145	66,24
372	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	0,56	113	63,83

TAB. 5 - SINTESI PARTI

PARTI	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Δ 2024/2023	Δ% 2024/2023
Totali:	1.351	1.519	1.365	1.376	11	0,81%
PARTO CESAREO	204	280	264	307	43	16,29%
PARTO VAGINALE	1.147	1.239	1.101	1.069	-32	-2,91%

TAB. 6 - SINTESI ATTIVITÀ DI RICOVERO PER STRUTTURA

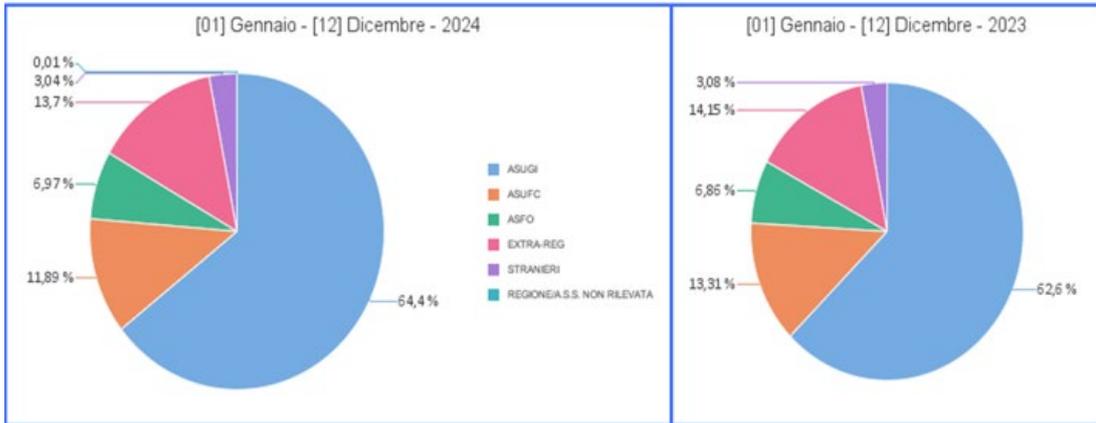
	DIMISSIONI										TOTALI									
	Day Hospital					Ordinari														
	2021	2022	2023	2024	Δ 2024 / 2023	Δ 2024 / 2023	2021	2022	2023	2024	Δ 2024 / 2023	Δ 2024 / 2023	2021	2022	2023	2024	Δ 2024 / 2023	Δ 2024 / 2023		
Totale IRCS BURLO GAROFOLO	3.544	3.579	3.744	3.573	-171	-4,57%	6.677	7.143	6.747	6.559	-158	-2,34%	10.221	10.722	10.491	10.162	-329	-3,14%		
Aree																				
Pediatria	1.580	1.339	1.360	1.288	-	72	2.621	2.827	2.649	2.691	42	1,59%	4.201	4.166	4.009	3.979	-	30	-0,75%	
Chirurgia	1.199	1.418	1.570	1.524	-	46	1.378	1.496	1.435	1.320	-	115	-0,01%	2.577	2.914	3.005	2.844	-	161	-5,36%
Osteria Ginecologia	765	822	814	781	-	53	2.678	2.820	2.663	2.578	-	85	-3,19%	3.443	3.642	3.477	3.339	-	138	-3,97%
Strutture																				
SC Neonatologia - TIN	45	52	51	48	-	3	254	316	346	351	5	1,45%	299	363	397	399	2	0,50%		
SC Neonatologia - NIDO							1.256	1.344	1.162	1.198	36	3,10%	1.256	1.344	1.162	1.198	36	3,10%		
SC Pediatria d'Urgenza							92	134	100	136	36	36,00%	92	134	100	136	36	36,00%		
SC Neuropsichiatria Infantile	137	128	119	133	14	11,76%	209	208	179	189	10	5,59%	346	336	288	322	24	8,05%		
SSD Gastroenterologia e Nutrizione	240	200	201	243	42	20,90%							240	200	201	243	42	20,90%		
SC U Clinica Pediatrica	935	782	805	712	-	93	622	595	634	669	35	5,52%	1.577	1.377	1.439	1.381	-	58	-4,03%	
SC Oncematologia	203	177	184	152	-	32	188	230	228	148	-	80	-35,09%	391	407	412	390	-	112	-27,18%
SC Anestesia e Rianimazione							12	8	9	10	1	11,11%	12	8	9	10	1	11,11%		
SC Chirurgia	488	501	591	542	-	49	349	388	415	410	-	5	-1,20%	817	889	1.006	952	-	54	-5,37%
SC ORL e Audiologia	231	325	395	415	20	5,06%	346	396	404	311	-	83	-20,54%	579	721	799	736	-	63	-7,88%
SC Odontostomatologia	153	181	180	166	-	14	-	-	-	-	-	-	-	153	181	180	166	-	14	-7,78%
SC Ortopedia e Traumatologia	252	288	289	280	-	9	-	-	-	-	-	-	-	804	893	795	759	-	36	-4,53%
SC Oftalmica	95	123	115	121	6	5,22%	117	99	101	100	-	1	-0,99%	212	222	216	221	5	2,31%	
SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	733	770	767	727	-	40	1.024	998	968	819	-	149	-15,39%	1.747	1.768	1.735	1.546	-	189	-10,89%
SSD Gravidanza e rischio	42	52	47	34	-	13	1.654	1.822	1.695	1.759	64	3,78%	1.696	1.874	1.742	1.793	51	2,93%		

I dati inseriti sono stati aggiornati a marzo 2024 e risentono per gli anni precedenti, di piccole variazioni rispetto a quanto riportato nelle reportistiche precedenti.

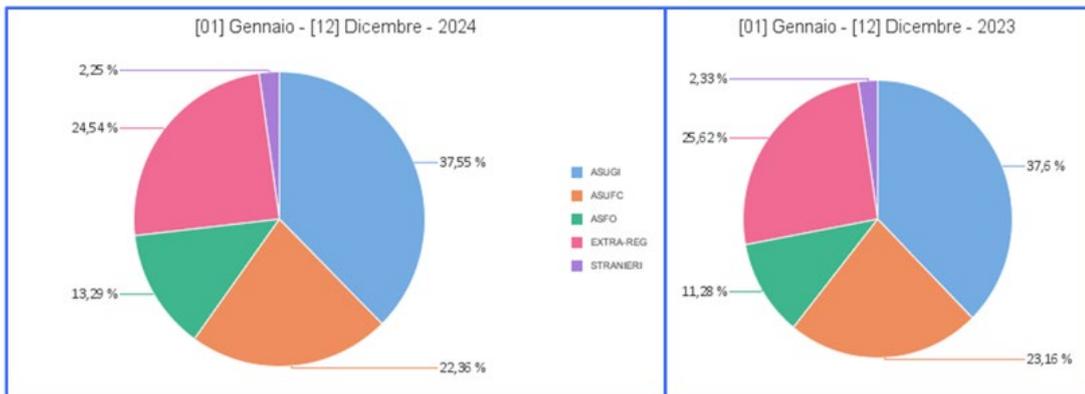
NB. Fonte dati ADT portale SISR

TAB. 7 - ANALISI PROVENIENZE ATTIVITÀ DI RICOVERO

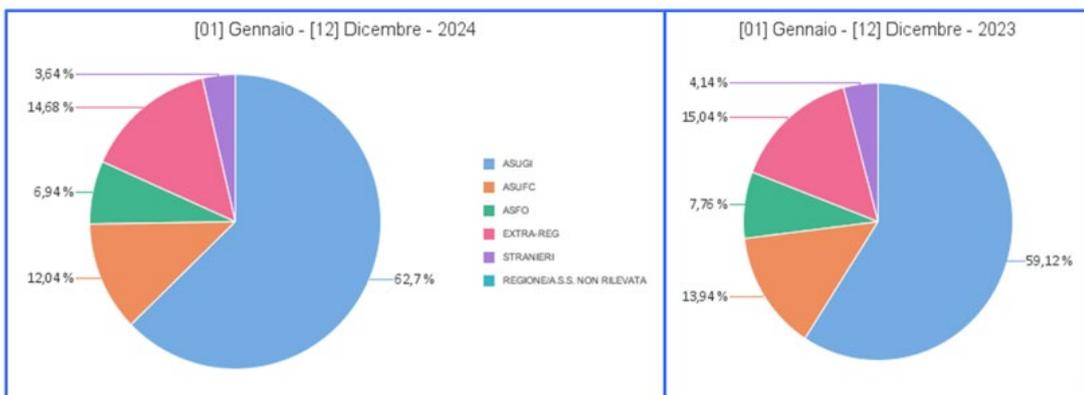
Analisi provenienze dei ricoveri - BURLO

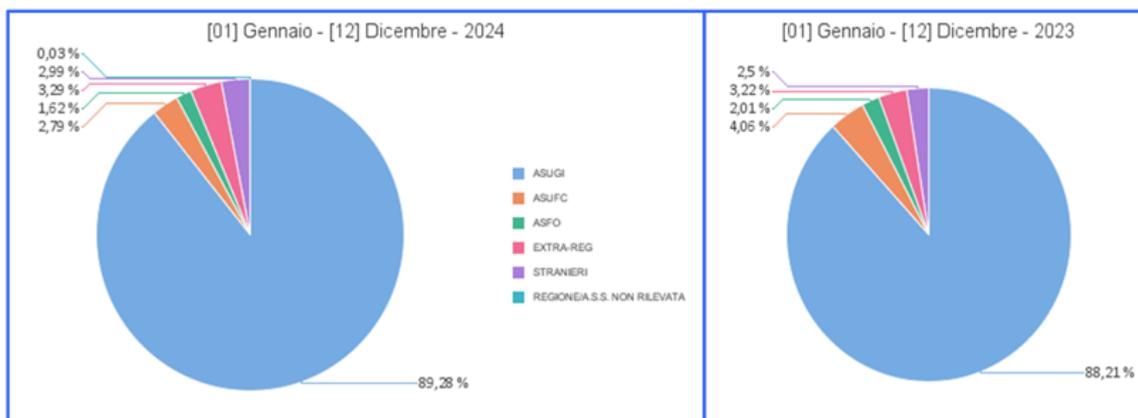


Analisi provenienze dei ricoveri - Area Chirurgica



Analisi provenienze dei ricoveri - Area Pediatrica

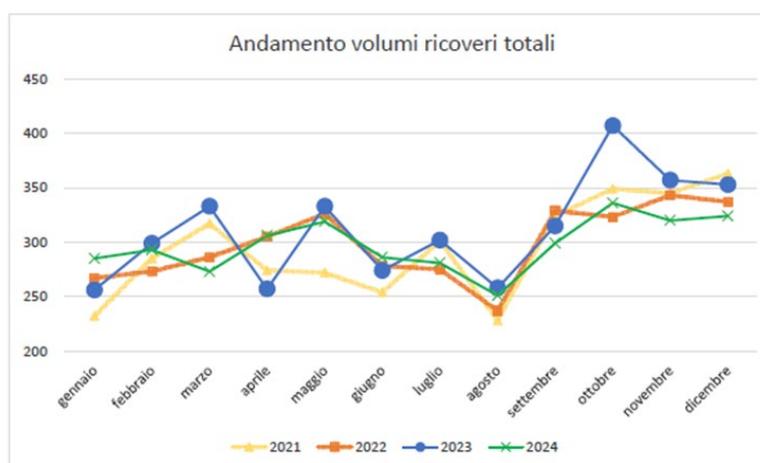




In tabella si riporta l'andamento dell'attività di ricovero del periodo gennaio -dicembre 2024, in termini di volumi. L'andamento evidenzia un decremento dei volumi rispetto al 2023.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari, la riduzione dei ricoveri è principalmente dovuta alla difficoltà di reperire medici anestesisti e a sostituire assenze per maternità del personale infermieristico afferente al Blocco operatorio.

TAB. 8 - ANDAMENTO VOLUMI DI RICOVERO



ATTIVITÀ AMBULATORIALE

I volumi delle prestazioni ambulatoriali delle aree pediatrica, chirurgica e ostetrico ginecologica hanno registrato un incremento rispetto all'anno 2023. L'offerta di alcune prestazioni è aumentata anche grazie alla possibilità di utilizzare prestazioni aggiuntive, finanziate secondo le modalità previste dalla DGR 48/20024. Soprattutto nell'ambito della pediatria, parte dell'aumento è determinato dal passaggio al setting ambulatoriale delle attività precedentemente erogate in regime di DH diagnostico.

Si evidenzia un leggero decremento complessivo dell'attività di laboratorio per esterni, principalmente collegato alla riduzione delle prestazioni di diagnostica molecolare per la ricerca del SARS-COV2, ma compensata dalla ripresa delle analisi collegate alle malattie sessualmente trasmesse, alle attività di tossicologia forense eseguite in convenzione con ASUGI e al consolidamento di tecniche diagnostiche innovative e avanzate. Nonostante il calo di volumi, si registra un incremento di tariffato, dovuto all'aumento nell'erogazione di prestazioni più complesse, principalmente nell'ambito della Genetica Medica.

La struttura di Microbiologia, grazie al rafforzamento dell'organico della Piattaforma dei servizi, ha mantenuto la propria attività anche prevedendo l'attivazione di nuovi test molecolari per la diagnosi rapida delle infezioni resistenti agli antibiotici. La struttura è centro HUB per la diagnostica delle infezioni sessualmente trasmesse dove l'inserimento delle tecniche di nuova generazione ha permesso la realizzazione di un modello innovativo per la diagnosi, prevenzione e sorveglianza della diffusione di queste infezioni soprattutto tra i giovani e le gravide. L'esperienza maturata in campo della microbiologia pediatrica, ginecologica e delle MST ha portato al riconoscimento dell'expertise diagnostico, di ricerca e formazione del laboratorio sia a livello nazionale che internazionale coinvolgendo la struttura nella redazione di documenti, linee guida e percorsi di counselling per il Ministero della Salute e dell'ISS oltre che nell'ambito delle diverse Società scientifiche nazionali e internazionali.

Progressivi e costanti aumenti dell'attività si sono osservati anche per la struttura di Laboratorio di diagnostica avanzata e traslazionale. Tale struttura garantisce dal maggio del 2023 l'esecuzione del test di screening della fibrosi cistica, in un programma di screening, organizzato e coordinato dal Burlo su indicazione della Regione, che coinvolge tutti i centri nascita del FVG.

Nel corso del 2024, fino ad ottobre, sono state effettuate 6768 prime analisi (per i neonati del FVG) e sono risultati 66 positivi al test (pari al 0,9% della popolazione su cui è stato eseguito il test). Il programma prevede, oltre alla esecuzione del test di screening, anche la conferma diagnostica con test genetico e la valutazione clinica e la presa in carico dei positivi da parte del Centro regionale fibrosi cistica dell'Istituto. L'attività della Struttura di Radiologia nel corso del 2024 è stata condizionata da una carenza di personale. L'attività è stata comunque garantita ed ha contestualmente registrato un incremento di fatturato in quanto sono state erogate prestazioni più complesse (risonanze e TAC).

L'Istituto coordina e monitora le attività finalizzate alla diffusione e all'applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico, per lo screening neonatale metabolico esteso e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.

TAB. 9 - SINTESI ATTIVITÀ AMBULATORIALE PER STRUTTURA

TAB. 3 ATTIVITÀ AMBULATORIALE - volumi

	2021	2022	2023	2024	Δ 2024 / 2023	Δ% 2024 / 2023
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	225.410	234.835	248.763	257.739	8.976	3,61%
Area						
Pediatria	29.968	34.083	35.728	37.131	1.403	3,93%
Chirurgia (età pediatrica) (*)	47.430	54.387	59.015	63.072	4.057	6,87%
Ostetricia Ginecologia	47.033	47.318	49.279	52.065	2.786	5,65%
Radiologia	7.740	8.686	9.697	9.925	228	2,35%
Area laboratorio	93.239	90.361	95.044	95.546	502	0,53%
Strutture complesse						
SC Neonatologia - TIN	1.646	1.860	2.022	2.122	100	4,95%
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	227	525	570	600	30	5,26%
SC Neuropsichiatria Infantile	6.991	7.245	7.061	6.653	-408	-5,78%
SC U Clinica Pediatrica (*)	8.647	10.321	11.008	11.918	915	8,32%
SS Gastroenterologia e nutrizione clinica	1.892	2.221	2.111	2.125	14	0,66%
SS Endocrinologia, audiologia e diabetologia	2.432	2.757	3.085	3.394	309	10,02%
SS Allergologia e trattamento dell'asma	3.068	3.209	3.737	3.071	-666	-17,82%
SS Cardiologia	3.734	4.456	4.643	5.214	571	12,30%
SC Oncoematologia	1.023	1.128	1.092	1.772	680	62,27%
Cure Palliative Pediatriche	0	61	124	0	-124	-100,00%
Percorso DAMA	0	0	2	9	7	350,00%
Direzione Sanitaria Burlo	308	300	278	253	-25	-8,99%
SC Anestesia e Rianimazione	210	83	118	215	97	82,20%
SC Chirurgia (*)	3.083	3.610	3.749	5.132	1.383	36,89%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	14.972	18.004	20.779	19.305	-1.474	-7,09%
SSD Odontostomatologia	5.888	8.704	8.736	11.999	3.263	37,35%
SC Ortopedia e traumatologia	8.752	9.248	9.477	9.641	164	1,73%
fisioterapia	6.401	5.307	5.141	5.243	102	1,98%
SC Oculistica	8.124	9.431	11.015	11.537	522	4,74%
SC U Clinica ostetrica e ginecologica	22.733	23.872	26.077	26.037	-40	-0,15%
SSD Gravidanza a rischio	5.426	5.188	4.926	6.399	1.473	29,90%
SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	11.567	11.754	11.947	12.774	827	6,92%
SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	7.307	6.504	6.329	6.855	526	8,31%
SC R Radiologia pediatrica	7.740	8.686	9.697	9.925	228	2,35%
SC Genetica medica	27.732	21.151	26.135	32.663	6.528	24,98%
SCR Diagnostica avanzata microbiologica traslazionale	10.148	10.204	10.581	9.095	-1.486	-14,04%
SCR Diagnostica avanzata microbiologica traslazionale COVID	15.428	9.420	591	16	-575	-97,29%
SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	39.931	49.586	57.737	53.772	-3.965	-7%

Fonte dati: CupWeb

I dati inseriti sono stati aggiornati a marzo 2025 e risentono per gli anni precedenti, di piccole variazioni rispetto a quanto riportato nelle reportistiche precedenti.

*: compresa l'attività erogata a favore presso ASFO e sottoriportata

	Burlo Garofolo	Ospedale Pordenone	Ospedale San Vito T.	TOTALE
(*) SC Chirurgia	4.922	117	93	5.132
% attività ASS 5 sul totale (volumi)	4,09%			

	Burlo Garofolo	Ospedale Pordenone	Ospedale San Vito T.	TOTALE
(*) SC U Clinica Pediatrica	11.917	1	-	11.918
% attività ASS 5 sul totale (volumi)	0,01%			

1.2 Gli obiettivi regionali

I risultati sanitari raggiunti nel 2024 relativi agli obiettivi regionali ed aziendali, di cui alla DGR 48/2024, sono stati rendicontati ad ARCS e DCS contestualmente al bilancio d'esercizio ed alla Relazione sulla Gestione 2024, adottato con decreto n. 91 del 30/04/2025 – in fase di valutazione e consolidamento da parte della Regione.

Si riporta nella tabella sottostante una sintesi relativa al raggiungimento degli obiettivi per ciascuna linea progettuale, così come inviata ad ARCS e DCS.

LINEE DI GESTIONE 2024	Attività non di pertinenza	Attività non realizzata	Attività non valutabile/misurabile	Attività parzialmente realizzata	Attività realizzata	Richiesta stralcio	Totale complessivo
1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni					3		3
1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive					1		1
1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica					1		1
1.6 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita					2		2
10.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)					2		2
10.2.2 La Relazione annuale regionale					1		1
11.5.2 Programmazione 2025					1		1
11.5.5 Elaborazione e definizione di linee guide per l'applicazione degli artt. 33 e 37 della LR 26/2015					1		1
11.5.6 Realizzazione di uno strumento di supporto alla valutazione del fabbisogno di risorse regionali destinate al rinnovo tecnologico biomedicale					1		1
3.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa					3		3
3.2 Emergenza urgenza				1	3		4
3.3 Materno infantile				1	2		3
3.4 Trapianti e donazioni						1	1
4.5 Minori					2		2
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	1				4		5
5.5 Farmacovigilanza			1		1		2
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatelyzza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici	1	1			3	2	7
5.7 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici					1		1
6.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG				2	19	3	24
6.2 Acquisizione di beni e servizi		1					1
6.3 Concorsi centralizzati					1		1
6.4 Attività di coordinamento in ambito assicurativo					2		2
6.5 Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS)					2		2
6.6 Gestione Ricerca ed innovazione					4		4
7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"					2	4	6
7.2 Privacy					1		1
7.3 PACS					1		1
A.1.1 Screening cervice uterina			1				1
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale					1		1
C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore		1			1		2
C.6 Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali – MICI					1		1
D.1 Percorso paziente chirurgico					2		2
D.3.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale				2		1	3
D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica					1		1
D.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica				3	1		4
Totale complessivo	2	3	2	9	71	11	98

1.3 Gli obiettivi di Patto del DG

I risultati raggiunti relativi agli obiettivi collegati al patto tra Regione e Direttori Generali relativi all'anno 2024, di cui alla DGR 486 del 05/04/2024, sono stati rendicontati, in forma di autovalutazione, ad ARCS e DCS contestualmente al bilancio d'esercizio ed alla Relazione sulla Gestione 2024, adottati con decreto n. 91 del 30/04/2025 - in fase di valutazione e consolidamento da parte della Regione.

Progettualità	Obiettivo	Indicatore	Target Ente	PTI	Risultato ottenuto al 31/12/2024
Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - screening e trattamento - di gestione di patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 1 E RICHIAMATE TABELLE 1.A E 1. B	COME DA TABELLA 1 E RICHIAMATE TABELLE 1.A E 1. B	15	Si rimanda alla tabella di "dettaglio tda"
Liste d'attesa - ricoveri chirurgici	Miglioramento dei tempi di attesa nell'attività di ricovero e d'intervento chirurgico per patologie non oncologiche	COME DA TABELLA 2	COME DA TABELLA 2	10	Si rimanda alla tabella di "dettaglio tda"
Liste d'attesa - specialistica ambulatoriale	Obiettivo Ll.gg. 2024 - Lea core D10Z- Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B garantiti dal PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 4	COME DA TABELLA 4	5	Si rimanda alla tabella di "dettaglio tda"
Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (a) - Borse corso di formazione manageriale - assicurare la partecipazione dei dipendenti, nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	evidenza dell'avvenuta partecipazione nell'anno 2024, come da programmazione, dei propri dipendenti nel numero richiesto a tutte le attività dei moduli di formazione dei corsi erogati per le ore programmate e ai fini del rilascio delle attestazioni richieste, con puntuale rendicontazione	"trasmissione ad ARCS e DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza e corretta e puntuale rendicontazione dell'avvenuta partecipazione entro il 31.12.2024 del personale target assegnato secondo programmazione vigente - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti."	5	La rendicontazione è stata inviata a ARCS e DCS con nota prot. n. 1022 dd 28/1/2025

Progettualità	Obiettivo	Indicatore	Target Ente	PTI	Risultato ottenuto al 31/12/2024
Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (b) - Corso di formazione in infezioni ospedaliere - assicurare la partecipazione dei dipendenti, nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	evidenz a dell'avvenut a positiva partecipazio ne nell'anno 2024, come da programma zione, dei propri dipendenti nel numero richiesto a tutte le attività dei moduli di formazione dei corsi erogati per le ore programmat e ai fini del rilascio delle attestazioni richieste, con puntuale rendicontazi one	"trasmissione ad ARCS e DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza e corretta e puntuale rendicontazione dell'avvenuta positiva partecipazione ai corsi erogati entro il 31.12.2024 del personale target assegnato secondo programmazione vigente- punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti"	5	La rendicontazione è stata inviata a ARCS e DCS con nota prot. n. 1022 dd 28/1/2025

Progettualità	Obiettivo	Indicatore	Target Ente	PTI	Risultato ottenuto al 31/12/2024
Contenimento della spesa per il personale	Rispetto dei vincoli di spesa per il personale del SSR assegnato a ciascun Ente del SSR per l'anno 2024 nei valori indicati al punto 9.1 - Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali - della d.g.r. n. 48 del 19.01.2024 di approvazione delle Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle Ll.gg. 2024 inferiore al valore indicato allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 (valore così come determinato alla data del 19.1.2024)	"valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle Ll.gg. 2024 inferiore al valore indicato allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti."	15	Il vincolo è stato rispettato. Si chiede l'adeguamento del tetto, come da DGR 1446/2024"
Gestione Emergenza-Urgenza - SORES ed elisoccorso	stipulazione e attivazione di convenzione tra ARCS e gli enti del S.S.R. per assicurare continuità e funzionalità del Sistema Emergenza Urgenza Territoriale e delle attività di soccorso extraospedaliero, anche per mezzo nel servizio di Elisoccorso (attuazione punto 2.2 del Piano regionale di emergenza-urgenza approvato con d.g.r. n. 2064 del 22 dicembre 2023)	stipulazione e attivazione della convenzione	"punteggio assegnabile, in punti percentuali: avvenuta stipulazione e attivazione della convenzione entro il 30.9.2024 - obiettivo raggiunto: 100 punti; stipulazione e attivazione della convenzione dopo il 30.9.2024, ma entro il 30.11.2024 - obiettivo parzialmente raggiunto: 50 punti mancata stipulazione o attivazione della convenzione entro il 30.11.2024 - obiettivo non raggiunto: 0 punti."	5	"Obiettivo raggiunto: lo schema convenzionale è stato adottato con decreto n. 140 dd 25/9/2024, la convenzione è stata firmata da ARCS e dalle aziende del SSR coinvolte. Con nota prot. n. 9317/2024, l'IRCCS ha formalmente comunicato ad ARCS e DCS l'adesione al testo convenzionale ed il marginale coinvolgimento all'attività oggetto del testo convenzionale. "

Progettualità	Obiettivo	Indicatore	Target Ente	PTI	Risultato ottenuto al 31/12/2024
Attività finalizzata alla conservazione del possesso dei requisiti per il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS	assicurare il superamento della soglia di impact factor normalizzato nell'anno 2024 previsto al punto 1, lett. b), sub 1, dell'Allegato 3 del D.Lgs. n. 200/2022 di modifica del D.Lgs. n. 288/2003	Impact Factor Normalizzato (IFN) prodotto nell'anno	>700 punti/anno per IRCCS Burlo	20	Le pubblicazioni di Istituto prodotte nel 2024 presentate ai fini della valutazione scientifica al Ministero, sono 215 per un punteggio di Impact Factor normalizzato corretto atteso (IFnc) pari a 1.393,84.
Miglioramento di appropriatezza e valore di complessità delle prestazioni di ricovero erogate	Obiettivo Lea core H04Z miglioramento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario, per il miglioramento di appropriatezza e valore di complessità delle prestazioni di ricovero erogate, funzionali alla conservazione del possesso del requisito di adeguata qualità delle prestazioni erogate (art. 13, c. 3, lett. d), del d.lgs. n.288/2003 nel suo testo vigente)	Indicatore NSG 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	"(valori storici anno 2023 - Burlo: 0,29; Regione FVG: 0,19; anno 2022 - Burlo: 0,24; Regione FVG: 0,19) punteggio assegnabile, in punti percentuali: se <0,200: punti 100; se ≥0,200 e <0,230: punti 95; se ≥0,230 e ≤0,240: punti 50; se >0,240: punti 0."	20	Il valore dell'indicatore, al netto delle esclusioni, è pari a 0,18 (1115/4509).
		TOTALE		100	

BURLO Rendiconto attività al 31.12.2024									
DETTAGLIO TDA									
BURLO	Tabella 1	Miglioramento del governo dello screening oncologico II livello	Creazione o, se già presente, riorganizzazione e condivisione Informativa con ARCS di efficace agenda delle prestazioni per lo screening oncologico di II livello (tra i suoi requisiti necessari: separata lista d'attesa per il percorso di screening, aggiornamento dei dati almeno giornaliero) per neoplasie di mammella, colon eervice uterina - evidenza trasmessa ad ARCS e DCS dell'effettiva riorganizzazione operata e dell'attiva condivisione informativa entro il 31 luglio 2024						Il percorso di riorganizzazione e di condivisione informativa è stato inviato ad ARCS e DCS con nota prot. 8119 dd 26/7/2024
BURLO	Tabella 1.a	Screening Service Uterina - obiettivo A.1.1.f - Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	dato storico perc. 2022	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso obiettivo /attività sul totale per ente (in perc.)	Il valore dell'indicatore, comunicato da ARCS, è pari al 55%. Si evidenzia che l'IRCS NON può governare il tempo di prenotazione dell'appuntamento per colposcopia in quanto è gestito direttamente da ASUGI. Si precisa, che dai controlli effettuati a campione, ogni settimana rimangono mediamente due posti liberi e contestualmente si rileva che molti appuntamenti vengono fissati a 4/5 settimane, in alcuni casi anche ad 8, pur in presenza di disponibilità in agenda a 10/14 giorni. Si chiede quindi una revisione dell'indicatore con riferimento al tempo in corso fra contatto per la prenotazione e data dell'appuntamento. Si chiede inoltre di applicare, nel calcolo dell'indicatore, le regole dell'algoritmo di calcolo dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, in particolare rispetto al mancato rispetto per scelta della paziente. Si chiede pertanto lo stralcio dell'obiettivo.
BURLO	Tabella 1.b	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	dato storico perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso obiettivo /attività sul totale per ente (in perc.)	Nel corso del 2024 sono stati effettuati 58 interventi chirurgici per tumore maligno dell'utero, di cui 55 nei tempi, garantendo l'effettuazione dell'intervento previsto nel tempo di attesa stabilito nel 94,83% dei casi.
BURLO	Tabella 2	Colecistomia laparoscopica	33,33%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	60	Si chiede lo stralcio dell'obiettivo in quanto attività non significativa (3 casi). Per completezza, si precisa comunque che nei 2 casi per i quali non risulta rispettato il tempo massimo di attesa, l'intervento di colecistomia è stato programmato oltre il termine per cause non imputabili all'Istituto, poiché: Caso 1. Paziente over 18 anni che, seppur chiamato per l'esecuzione dell'intervento nei tempi, non ha dato disponibilità ad eseguire l'intervento per motivi lavorativi, Caso 2. Paziente programmato per intervento due volte (19/02 e 05/03), non si è presentato riferendo stato di malattia. Dal 13 marzo 2025 risulta richiamato più volte al telefono, senza esito. In data 10/04 è stata inviata raccomandata per chiedere contatto con la programmazione, pena la decadenza dalla lista di attesa. Ogni passaggio descritto è tracciabile su ADT.
BURLO	Tabella 2	Riparazione ernia inguinale	73,86%	<75%	≥75% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	40	Nel corso del 2024 sono state effettuate 58 riparazioni di ernie inguinali, di cui 50 nei tempi, garantendo l'effettuazione dell'intervento previsto nel tempo di attesa stabilito nel 86,21% dei casi
BURLO	Tabella 4	1 - Prima Visita cardiologica	dato storico perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento	La % di prestazioni garantite ex-ante per la priorità B per il 2024 è 81,9%, quindi è migliorato rispetto all'anno 2023, questo grazie all'aumento dell'offerta, all'analisi dell'appropriatezza prescrittiva con lo spostamento di appuntamenti, alla diffusione tra i PLS/MMG di ASU GI di un documento e laboratorio (dettagliando i contenuti presenti nel Manuale RAO rev. 13/01/2021) per l'orientamento nella scelta delle priorità cliniche per le prestazioni ambulatoriali ed all'utilizzo delle prestazioni aggiuntive
BURLO	Tabella 4	9 - Prima Visita urologica	76,09%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20	La % di prestazioni garantite ex-ante per la priorità B per il 2024 è 93,1%, quindi è migliorato rispetto all'anno 2023, questo grazie all'aumento dell'offerta ed all'analisi dell'appropriatezza prescrittiva con lo spostamento di appuntamenti
BURLO	Tabella 4	10 - Prima Visita dermatologica	38,76%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	30	La % di prestazioni garantite ex-ante per la priorità B per il 2024 è 21,4%, quindi è peggiorata rispetto all'anno 2023, questo aumento dell'offerta, in meno a causa di malattia prolungata. Sono state messe in atto comunque delle azioni correttive: aumento dell'offerta, analisi dell'appropriatezza prescrittiva con lo spostamento di appuntamenti; diffusione tra i PLS/MMG di ASU GI di un documento e laboratorio (dettagliando i contenuti presenti nel Manuale RAO rev. 13/01/2021) per l'orientamento nella scelta delle priorità cliniche per le prestazioni ambulatoriali, utilizzo delle prestazioni aggiuntive.
BURLO	Tabella 4	12 - Prima Visita gastroenterologica	32,75%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	30	La % di prestazioni garantite ex-ante per la priorità B per il 2024 è 75,3%, quindi è migliorato rispetto all'anno 2023, questo grazie all'aumento dell'offerta, all'analisi dell'appropriatezza prescrittiva con lo spostamento di appuntamenti, alla diffusione tra i PLS/MMG di ASU GI di un documento e laboratorio (dettagliando i contenuti presenti nel Manuale RAO rev. 13/01/2021) per l'orientamento nella scelta delle priorità cliniche per le prestazioni ambulatoriali ed all'utilizzo delle prestazioni aggiuntive

1.4 Qualità e appropriatezza

Le attività di controllo previste dalla DGR 2/2/2018 n. 182, così come sostituite ed integrate dalla DGR n. 1006 dd 30/6/2023 sono garantite attraverso il Nucleo aziendale per i controlli delle prestazioni, i cui compiti e componenti sono stati definiti con decreto DG. n. 149 del 29/12/2020.

1.4.1 Il Piano Annuale dei controlli

Il controllo dell'appropriatezza e qualità delle prestazioni (di ricovero ed ambulatoriali) erogate prevede le seguenti attività:

A. Controllo di qualità della cartella clinica

Il controllo è attivo dal 2004. La valutazione viene effettuata annualmente su un campione di circa il 5% delle cartelle cliniche e riguarda la corretta tenuta e completezza della cartella rispetto agli standard aziendali e regionali di riferimento (Indicatori della Documentazione clinica - Rete Cure Sicure del FVG).

B. Controlli sulle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale

Come previsto dalla normativa regionale di riferimento, alla struttura, in quanto IRCCS, sono affidati i controlli interni sulle prestazioni erogate, che hanno le seguenti finalità:

- controllo del sistema di codifica ICD9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive in tema di codifica;
- verifica della correttezza del regime di erogazione delle prestazioni;
- verifica della correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, secondo le priorità assegnate;
- verifica dell'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni;
- verifica della corretta applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali, definite a livello regionale e/o aziendale;
- verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia cronica e invalidante o per malattia rara in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017;
- verifica del rispetto delle condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Controlli sulle prestazioni di ricovero

I controlli vengono eseguiti con tempistiche differenziate indicate qui sotto.

- Mensilmente vengono controllati:

- DH diagnostici;
- DRG medici in ambito chirurgico;
- ricoveri ordinari complessi 0-3 giorni;
- DH ad alto rischio di inappropriatelyzza;
- DRG malformati;
- parti complicati/tagli cesarei;
- neonati.

Inoltre, vista la complessità di alcuni interventi, si cercano di valutare anche i DRG riferiti a scoliosi e alcuni interventi chirurgici complessi che vengono segnalati.

Inoltre, vista la complessità di alcuni interventi, si cercano di valutare anche i DRG riferiti a scoliosi e alcuni interventi chirurgici complessi che vengono segnalati.

- Giornalmente a campione: vengono controllate a sistema le SDO inserite per ogni specialità.
- Su richiesta della Regione: vengono controllate le contestazioni interregionali.

Nel 2022 è stato istituito il “Nucleo Regionale Controlli” composto da operatori appartenenti a tutte le Aziende del FVG, formati e dedicati al controllo delle SDO. Il nucleo aveva posto le basi per la strutturazione di un protocollo operativo congiunto che non è mai stato concluso e del quale non si sono avute più informazioni dalla Regione. Nel 2024 il NOC ha effettuato presso la nostra struttura il controllo del 12,5% delle cartelle già verificate, per un totale di nr° 167 visionate agli atti, contestandone in totale 3. Non sono state riscontrate altre irregolarità in corso di verifica.

Controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto concerne i controlli di tipo amministrativo sulle prescrizioni e di tipo clinico sull’appropriatezza dell’attribuzione dei codici di priorità, i controlli sono costanti sulla quasi totalità dei casi agevolati anche dal sistema operativo che segnala molte incongruenze.

Al fine di non creare disservizi all’utenza, l’Istituto adotta una procedura per la gestione delle non conformità prescrittive. Questa prevede la segnalazione da parte dello specialista della non conformità prescrittiva, l’attivazione del medico prescrittore per la redazione di una nuova impegnativa ed infine l’inserimento dell’impegnativa corretta nel sistema di prenotazione. Così facendo si opera un’azione correttiva immediata (l’utente ottiene una prescrizione corretta) ed un’azione preventiva inviando la segnalazione al medico prescrittore, adottando quindi un audit costante.

C. Controlli di appropriatezza organizzativa

Viene valutata, ex ante, l’appropriatezza del setting assistenziale rispetto a quanto previsto dai LEA e dagli indicatori di monitoraggio regionale.

Permangono i limiti di applicazione dello strumento del Day Service in ambito pediatrico, che condizionano la possibilità di utilizzo di questo strumento per migliorare il setting erogativo delle prestazioni.

D. Controlli di appropriatezza clinica

Viene valutata l'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto a linee guida nazionali e regionali. Rispetto all'attività assistenziale erogata dall'Istituto, tali controlli hanno riguardato essenzialmente l'evento "parto", parti cesarei e parti indotti farmacologicamente.

E. Controllo sulla corretta gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo il codice di priorità assegnato

Nel corso del 2024, l'attività di controllo è proseguita anche sulla base delle criticità riscontrate in corso d'anno ed è continuata l'attività di affiancamento e supporto al personale per migliorare la qualità dei dati presenti a sistema.

Viene regolarmente eseguita la revisione delle liste di attesa secondo classi di priorità.

Dato che il numero d'interventi chirurgici erogati in regime libero professionale è modesto, le liste di attesa per ricoveri in tale regime sono pressoché inesistenti e ogni intervento di libera professione viene controllato già all'origine per verificare il corretto inserimento in lista di attesa.

Le attività di controllo effettuate nel corso del 2024 sono state condivise con la commissione sale operatorie nella seduta del 04/04/2025.

1.4.2 Gli indicatori LEA e del Progetto Bersaglio

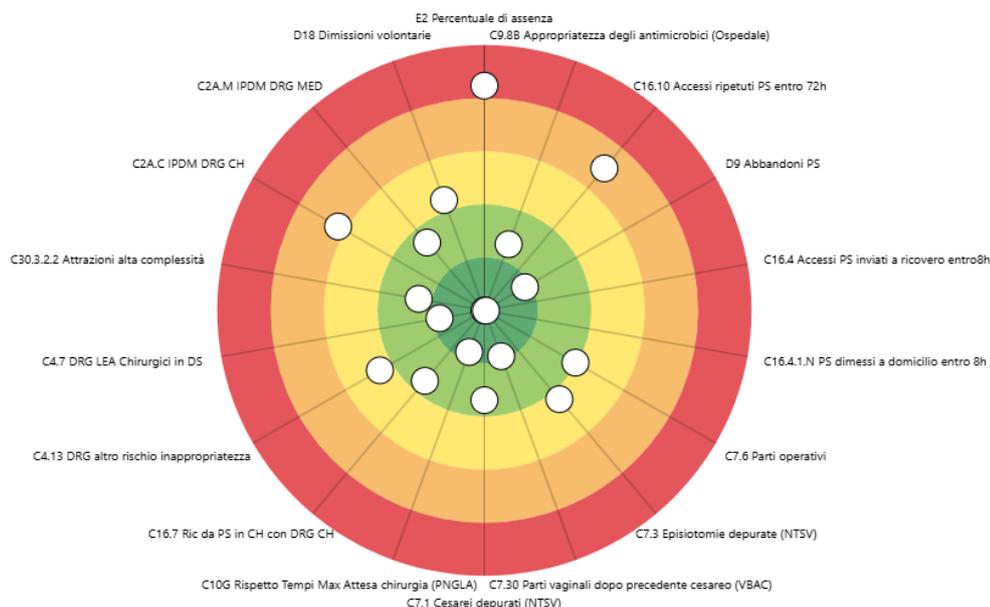
La Regione Friuli Venezia Giulia ha iniziato un'attività di monitoraggio degli indicatori di erogazione dei LEA in modo sperimentale a partire dal 2013 e in modo più sistematico dal 2014. Nel corso del 2015, sono stati integrati da ulteriori indicatori di performance, elaborati dalla Scuola Sant'Anna di Pisa, all'interno del cd Progetto Bersaglio, cui la regione FVG ha aderito a partire dal 2014. Anche l'IRCCS Burlo Garofolo partecipa al progetto e analizza annualmente le performance raggiunte, anche in un confronto a livello aziendale e regionale, per identificare strategie di miglioramento della qualità dell'assistenza.

Per quanto concerne gli indicatori di esito collegati al PNE si è proceduto ad un attento monitoraggio di quelli collegati al parto: le tabelle sotto riportate evidenziano gli indicatori monitorati nel corso del 2024.

	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Soglia 2024
A.1.1.f Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello				56,38 %	55,07 %	>=80%
C2A.M - Bersaglio Indice di performance degenza media - DRG medici	-0,63	-0,43	-0,30	-0,14	-0,42	<0,00
C2A.C - Bersaglio Indice di performance degenza media - DRG chirurgici	0,10	-0,34	-0,20	0,16	-0,33	<0,00
H04Z C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatezza	0,25	0,26	0,24	0,28	0,25	<0,20
H18C Cesarei primari per strutture con 1.000 parti e oltre	10,32%	11,86%	15,32%	17,25 %	18,90 %	<=25%
C7.3 - percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	28,38%	28,86%	28,14%	26,79 %	21,26 %	<=20%
C7.6 - percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	11,66%	11,62%	11,28%	7,67%	7,36%	<=7,5%
D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale delle prestazioni B (amb)	67,70%	66,30%	67,00%	65,07 %	67,67 %	>=90%
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale delle prestazioni D (amb)	64,40%	66,70%	58,40%	57,20 %	60,78 %	>=90%
C10.4.12 Tumore dell'Utero: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A per interventi chirurgici	89,06%	72,86%	77,36%	92,50 %	94,83 %	>=90%
D.3.3.a percentuale di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	79,00%	70,69%	76,80%	87,59 %	87,23 %	>=90%
D.3.3.b percentuale di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti				73,53 %	76,92 %	>=90%
D.3.3.c percentuale di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità C erogate entro i tempi previsti				54,55 %	85,71 %	>=90%
D.3.3.d percentuale di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità D erogate entro i tempi previsti					100%	>=90%
C 16.10. percentuale di accessi ripetuti in Pronto soccorso entro 72 ore				14,69 %	11,67 %	<10%
C16.2.N Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti			83,01%	85,38 %	85,23 %	>= 70%
C16.3.NA Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	97,53%	98,34%	95,42%	95,13 %	95,16 %	Hub: >=65%
C16.4.1.N. Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore				99,85 %	99,88 %	>= 88%

Il raggiungimento dei target collegati al progetto Bersaglio è riportato nel grafico sottostante, che evidenzia una percentuale di indicatori verdi rispetto al totale degli indicatori monitorati pari al 67%, in miglioramento rispetto all' anno precedente.

Bersaglio 2024 - IRCCS Burlo Gar.



SINTESI BERSAGLIO	2020	2021	2022	2023	2024
Rosso	2	1	3	2	1
Arancione	1	2	2	1	2
Giallo	2	1	5	6	3
Verde	9	8	8	9	12
TOTALE INDICATORI	14	12	17	18	18
% INDICATORI VERDI	64%	67%	47%	50%	67%

Si evidenzia un miglioramento della performance in alcuni indicatori collegati ai parti, quali ad esempio il ricorso a parti operativi o alle episiotomie, che in parte bilanciano l'incremento nel ricorso ai tagli cesarei. Viene sempre mantenuto un'ottima performance nell'ambito dei parti vaginali dopo precedente cesareo (valore migliore di tutte le aziende del FVG). Si segnala inoltre che il rispetto dei tempi massimi di attesa nell'ambito della chirurgia oncologica (in particolare per quanto concerne l'intervento di tumore dell'utero) è leggermente migliorato ed è superiore al valore soglia, pari al 90%.

Complessivamente, rispetto ai 17 indicatori monitorati sia nel corso del 2023 che del 2024, si evidenzia il seguente trend:

trend	numero indicatori
miglioramento	10
mantenimento	6
peggioramento	1

1.5 I risultati della ricerca

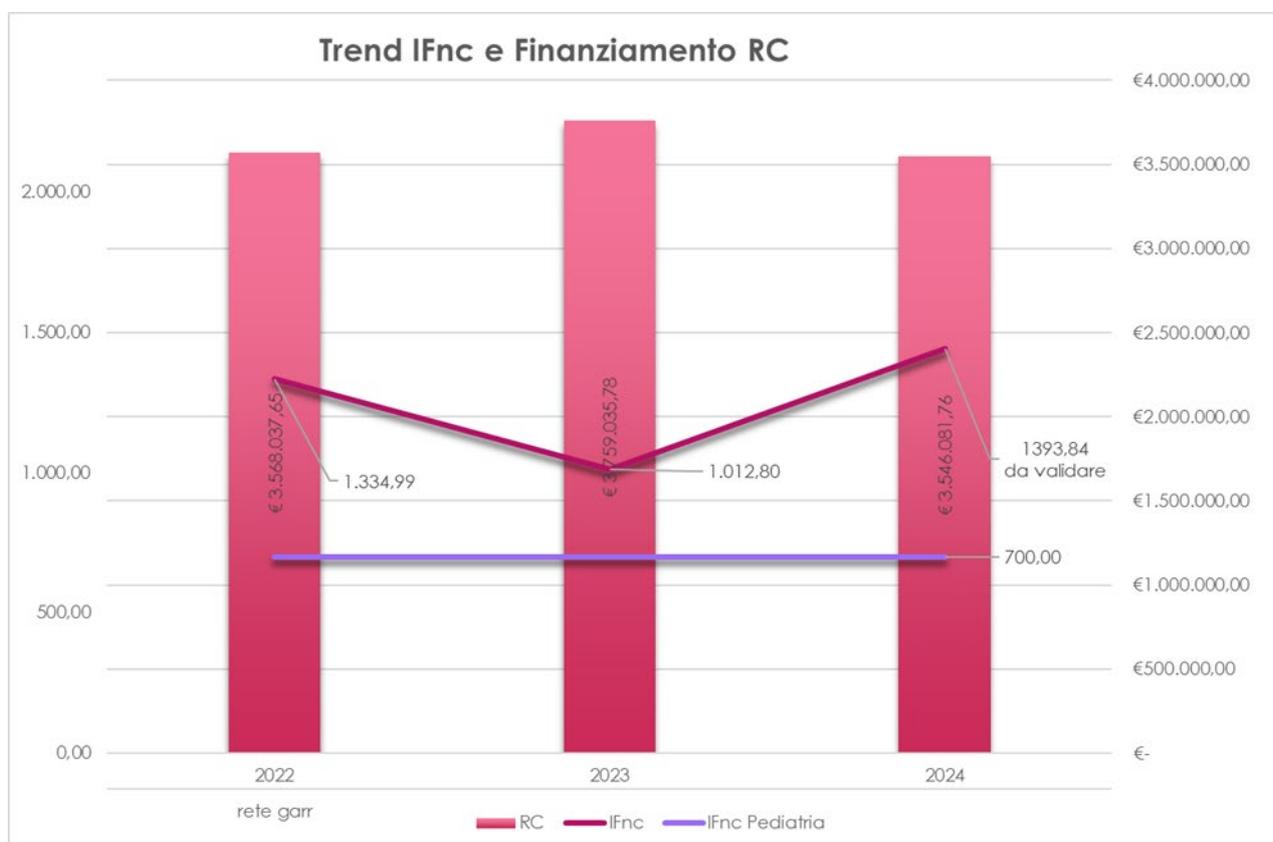
a) Confronto dati di attività degli esercizi 2024 e 2023

Impact Factor normalizzato corretto

In merito alla produzione scientifica e relativa efficienza ed impatto sul contributo ministeriale per la Ricerca Corrente (contribuisce per il 50% dello stesso), nel corso del 2024 sono 215 le pubblicazioni di Istituto presentate, ai fini della valutazione scientifica al Ministero, per un punteggio di Impact Factor normalizzato corretto (IFnc) pari a 1.393,84.

Tenuto conto della circostanza che il valore si consolida, di norma, nell'anno solare successivo a quello di rendicontazione, se confermato, tale dato si configura in netta crescita.

Il finanziamento ministeriale per la Ricerca Corrente (RC) nel 2024 è stato pari a € 3.759.035,78 comprensivo di € 155.073,59 di quota Bibliosan in aumento rispetto all'anno precedente.



b) Obiettivi di attività dell'esercizio 2024 e confronto con il livello programmato

1) Capacità di attrarre risorse

Nel corso del 2024 sono stati attribuiti all'Istituto il finanziamento 5 per mille 2023 pari ad €796.195.

Alla data del 31.12.2024 risultano aperti i seguenti progetti derivanti dalla partecipazione dei ricercatori dell'Istituto a bandi esterni.

Finanziatore	Responsabile	Dipartimento / struttura di appartenenza	Titolo	Finanziamento totale assegnato all'Istituto
Istituto Superiore di Sanità (Horizon)	Lorenzo Monasta	SS Dipartimentale Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	<i>Joint Action on CARDiovascular diseases and Dlabetes (JACARDI)</i>	422.370,69
Marie Sklodowska-Curie Actions (Horizon)	Marzia Lazzerini	SS Dipartimentale Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	<i>International Platform on Obstetric Violence (IPOV):an innovative tool for a respectful maternity and childbirthcare</i>	11.898,00
Ministero della Salute	Gasparini Paolo	Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata SC Genetica Medica	<i>Less genes more genomes: modeling the implementation of integrative -OMICs as a first line tool in the clinical practice</i>	182.000,00
Ministero della Salute	Gasparini Paolo	Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata SC Genetica Medica	<i>Functional foods italu network - F.F.I.N.</i>	32.000,00
Ministero della Salute	Gasparini Paolo	Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata SC Genetica Medica	<i>Genoma mEdiciNa pERsonalizzatA - GENERA</i>	400.000,00
Ministero della Salute	Giuseppe Ricci	Dipartimento di Pediatria S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	<i>Salute materno-infantile: formazione degli operatori socio-sanitari ed empowerment delle giovani donne (18-24 anni) sui rischi</i>	19.260,00

			<i>connessi al consumo di alcol in gravidanza</i>	
Ministero della Salute	Manola Comar	Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata SC Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	<i>Prevenzione di HPV e altre infezioni sessualmente trasmesse: educazione nelle scuole secondarie di primo e secondo grado e supporto della rete di figure di riferimento per i giovani</i>	19.902,00
Ministero della Salute	Erika Valencic	Dipartimento di Pediatria S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	<i>Definition of the role of different genetic and non-genetic factors in the variability of the clinical and immunological phenotype in patients with 22q11.2 deletion syndrome</i>	125.000,00
Ministero per le disabilità	Eva Orzan	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	<i>A.BA.CO. (Abbattimento delle BArriere COmunicative) Tecnologia e servizi innovativi per l'inclusione, l'istruzione e l'accessibilità per le persone sorde e ipoacusiche</i>	365.763,23
AIFA	Gabriele Stocco	SC Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	<i>Cittadini e Operatori SanItari Sempre Informati sul FArmaco (COSIsiFA)</i>	92.506,20
Interreg VA Ita-Slo bando di capitalizzazione	Andrea Taddio	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	<i>CrossbOrder Network for ChildrEn RheumaTolOgy</i>	599.988,50
Regione Friuli Venezia Giulia	Raffaella Devescovi	SC Neuropsichiatria Infantile	<i>Quan,Quality Autism Network-Reti per la qualità di vita nell'autismo</i>	68.177,91
Regione Friuli Venezia Giulia	Egidio Barbi	SC Universitaria Clinica Pediatrica	<i>Significato del sintomo e intervento integrato e traslazionale nel paziente affetto da disturbo funzionale</i>	90.000,00

Regione Friuli Venezia Giulia	Giuseppe Ricci	SC Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica	<i>Interventi informativi ed educativi nelle pazienti affette da endometriosi</i>	60.000,00
London School of Hygiene Tropical Medicine	Marzia Lazzerini	S.C.R. Epidemiologia Clinica e ricerca sui servizi sanitari	<i>Improving Quality and Use of Newborne Indicators(IMPULSE): A two phase project to describe and iprove the quality and the use of facility-level newborn indicators in sub-Saharan African countries</i>	47.394,00
Fondazione Celiachia Onlus	Luigina De Leo	SC Universitaria Clinica Pedriatica	<i>DNA methylation and transcriøtional profiles of intestinal epithelium from Celiac patients</i>	147.000,00
European Academy of Dermatology & Venereology (EADV)	Paola Maura Tricarico	Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata SC Genetica Medica	<i>Hidradenitis suppurativa syndromes: decrypting the etio-pathogenesis</i>	35.000,00
IPSEN	Adamo Pio D'Adamo	Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata SC Genetica Medica	<i>Unlocking the Genetics of Adult Cholestasis: A Novel Approach Through PFIC-Affected Children's Parents</i>	25.000
Chiesi Foundation	Marzia Lazzerini	SS Dipartimentale Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	<i>Opportunities for Parents Empowerment in Low resources settings (COPE-L)</i>	90.000,00

PROGETTI PNRR - PNC

Nell'ambito del piano di investimento tramite fondi PNC e PNRR, si conferma la destinazione all'Istituto di un finanziamento totale di € 759.750, relativo a cinque progettualità di ricerca competitiva approvate.

Finanziatore	Responsabile	Dipartimento / struttura di appartenenza	Acronimo	Titolo	Finanziamento
PNRR- Ministero Salute	Egidio Barbi	Dipartimento di Pediatria S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	PNRR- MAD- 2022- 12376878	<i>Trained immunity in the inflammatory cascade of chronic inflammatory skin diseases: possible checkpoints and new therapeutic targets</i>	Euro 128.750
PNRR- Ministero Salute	Alberto Tommasini	Dipartimento di Pediatria S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	PNRR- POC-2022- 12376280	<i>Validation of a new innovative method for the easy detection of a disease specific marker to make prompt diagnosis of celiac disease in all the clinical manifestations: a paediatric multicenter study.</i>	Euro 80.000,00
PNRR- Ministero Salute	Gasparini Paolo	Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata S.C. Genetica Medica	PNRR- MR1-2022- 12376811	<i>Implementation of a standardized workflow for a more effective management and care of patients with syndromic and isolated intellectual disability</i>	Euro 240.000
Piano Nazionale Complementare	Gasparini Paolo	Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata S.C. Genetica Medica	PNC_FFNI	<i>Functional Foods Italy Network - F.F.I.N.</i>	Euro 32.000
Piano Nazionale Complementare	Luca Ronfani	Direzione Scientifica S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	PNC_1000	<i>Valutazione dell'esposoma nei primi 1000 giorni in coorti di nati in aree ad elevate antropizzazione e attuazione di interventi per la riduzione del rischio"</i>	Euro 279.000

2) Capacità di operare in rete

L'Istituto negli ultimi anni si è inserito in importanti network di ricerca. Tra questi, rilevano in ambito pediatrico:

- IDEA (Associazione Italian DEvelopmental Age Health Network (IDEA Network) - Rete Italiana salute Dell'Età evolutivA (Rete IDEA). Nel corso del 2024 è proseguita la collaborazione con i centri partner della Rete IDEA che ha portato all'elaborazione di nuove progettualità.

- NETVAL (Network per la Valorizzazione della Ricerca). Analogamente a quanto accaduto nel corso del 2024 si è mantenuta la partecipazione al Network.
- INciPiT (Rete Italiana per le Sperimentazioni Cliniche in Pediatria). L'Istituto partecipa come partner agli studi:
 - Studio multicentrico, randomizzato, open-label, con endpoint valutati in cieco, di confronto tra la terapia di corticosteroidi più immunoglobulina intravenosa (IVIG) e aspirina, versus IVIG e aspirina, per la prevenzione di aneurismi dell'arteria coronarica nella malattia di Kawasaki. - Studio KD-CAAP (responsabile per l'Istituto, prof. Andrea Taddio);
 - A Phase III multicenter, randomised, double-blind, double-dummy study to evaluate safety and efficacy of ocrelizumab in comparison with fingolimod in children and adolescents with relapsing- remitting multiple sclerosis (responsabile per l'Istituto dott.ssa Maria Elisa Morelli).
- EPTRI (European Paediatric Translational Research Infrastructure, <https://eptri.eu/>). Nell'anno trascorso è stato formalizzato l'accordo per la creazione di una joint research unit (JRU) per lo svolgimento di attività di ricerca e sviluppo all'interno dell'infrastruttura European Paediatric Translational Research Infrastructure eptri-it (EPTRI Italia). EPTRI è un'iniziativa paneuropea che coinvolge centinaia di unità di ricerca riunite per potenziare la ricerca pediatrica attraverso l'implementazione di modelli collaborativi innovativi che facilitino l'introduzione di nuovi strumenti e pratiche per lo sviluppo di farmaci per bambini. L'Istituto contribuirà alla missione dell'infrastruttura mettendo a disposizione all'interno di EPTRI le proprie tecnologie sviluppate nell'ambito della ricerca pediatrica.
- GBD. Il Global Burden of Disease project, coordinato dall'Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME, Università di Washington, è la più rilevante iniziativa epidemiologica al mondo, raccoglie e analizza informazioni su centinaia di cause di morte e malattie in oltre 200 Paesi. Nel 2024, il network nazionale Italian GBD Initiative, coordinato dall'IRCCS Burlo Garofolo, ha raggiunto i 180 ricercatori affiliati. Si tratta di ricercatori di tutta Italia, tutti ufficialmente Collaboratori GBD. (www.italian-GBD-initiative.it)

Nel 2024, il dr. Lorenzo Monasta ha proseguito la sua attività di membro del GBD Scientific Council. A novembre 2024, il dr. Monasta è stato nominato dal Direttore dell'IHME, Prof. Christopher J.L. Murray, Principal GBD Collaborator, quarto e più alto livello di riconoscimento di Collaboratore nell'ambito del Progetto GBD. Nel corso del 2024, il Burlo ha coordinato o comunque partecipato alla pubblicazione di sei articoli coordinati da membri della rete italiana ed ha partecipato alla stesura di altri 18 articoli internazionali di grande impatto

- WHO. Il Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (CC OMS) per la Salute Materno Infantile dell'Istituto, attivo dal 1992 ed unico centro collaboratore dedicato alla salute materno infantile in Italia. A gennaio 2025 è stato riconfermato per ulteriori 4 anni. Tale riconoscimento rafforza il ruolo internazionale e di riferimento del nostro Istituto e manifesta l'impegno a collaborare con agenzie delle Nazioni Unite, come OMS, l'UNICEF e UNFPA, nonché con numerose altre istituzioni, italiane e straniere, quali Università, Centri di Ricerca, Ministeri, Organizzazioni governative e non governative. Queste attività includono:

- Supporto tecnico all'OMS per lo sviluppo di: linee guida, manuali e pacchetti di formazione, standards e indicatori, strumenti - in particolare strumenti per la valutazione della qualità delle cure, politiche e documenti strategici.

- Ricerca sui servizi sanitari, in particolare relativa alla qualità delle cure materno infantili (in corso oltre 10 progetti multicentrici)

- Sostegno all'implementazione delle raccomandazioni e dei programmi dell'OMS, in particolare in paesi a basso e medio reddito, ma anche nell'area europea dell'OMS.

- Sistema strategico ARGO. Nel corso dell'anno è proseguito lo sviluppo della collaborazione con l'Area di Ricerca Scientifica e Tecnologica di Trieste "Area Science Park" attraverso diverse iniziative strategiche interconnesse. Il primo filone di attività ha visto l'implementazione dell'ecosistema digitale dedicato alla salute della donna, del bambino e dell'adolescente, un modello innovativo di gestione sanitaria caratterizzato da elevata scalabilità e replicabilità. Questo ecosistema è stato progettato per adattarsi alle diverse specialità mediche e ai vari livelli territoriali, integrando efficacemente i processi comunicativi della Rete pediatrica regionale e ottimizzando i percorsi di cura per le categorie target dell'Istituto.

Parallelamente, si è consolidata la collaborazione operativa con Area Science Park per l'utilizzo condiviso dell'infrastruttura di Data-Center e lo sviluppo di un percorso integrato nell'ambito della piattaforma tecnologica di Genomica ed Epigenomica. Particolare attenzione è stata dedicata all'implementazione di applicazioni avanzate per l'analisi di Next Generation Sequencing, rafforzando così le capacità di ricerca e diagnostica dell'Istituto.

Il terzo ambito di sviluppo ha riguardato il potenziamento del Centro di Competenza Condiviso sull'Health Science che, oltre al Burlo e ad Area Science Park, coinvolge l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e l'Università degli Studi di Trieste. Le attività del Centro si sono concentrate sulla generazione e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi per l'erogazione di servizi sanitari innovativi, sullo sviluppo di tecnologie per nuovi prodotti e procedure applicabili

nei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, e sul rafforzamento delle collaborazioni interistituzionali basate sulla partnership "sistema territorio-pubblica amministrazione-impres". L'integrazione verticale tra ricerca di base e clinica rimane un obiettivo fondamentale del progetto, che continua a evolversi secondo le linee strategiche definite. Questa sinergia tra le diverse componenti del Sistema Strategico ARGO sta creando un ecosistema di innovazione in ambito sanitario che pone particolare attenzione alle esigenze specifiche del territorio, valorizzando al contempo le eccellenze scientifiche e cliniche presenti nella regione.

Nel corso del 2024 l'Istituto ha proseguito con le attività di reclutamento di pazienti in trials clinici multicentrici.; il numero di pazienti reclutati nel 2024 relativo a trials avviati negli ultimi 5 anni, è 3.314 con 36 trials clinici multicentrici attivi di cui:

- n. 4 Trials Clinici Interventistici con funzione di coordinatore dell'intero studio attivi nell'anno e attivati da non più di 5 anni (data parere comitato etico) di cui profit 0 e non profit 4 ;

- n. 6 Trials Clinici Interventistici con funzione di centro di arruolamento (non coordinatore) attivi nell'anno e attivati da non più di 5 anni (data parere comitato etico) di cui profit 2 e non profit 4 ;

Il numero di pazienti reclutati nell'anno 2024 per Trials Clinici Interventistici: è 60, in programmi multicentrici osservazionali è 3.254.

2. Analisi del contesto e delle risorse

2.1 Risorse, efficienza ed economicità

Il 2024 chiude con un risultato d'esercizio positivo (utile) di euro 15.600, formato per euro 2.656.238 dal risultato della gestione caratteristica, per euro 725.767 dal saldo della gestione delle partite straordinarie, per euro 208 dal saldo della gestione finanziaria e da euro 3.366.613 dalle imposte. Si mantiene pertanto un trend positivo, in continuità con le annualità precedenti, come si evince dalla tabella sottostante:

Esercizi	2022	2023	2024
Risultato d'esercizio	12.415	147.116	15.600

VALORE DELLA PRODUZIONE

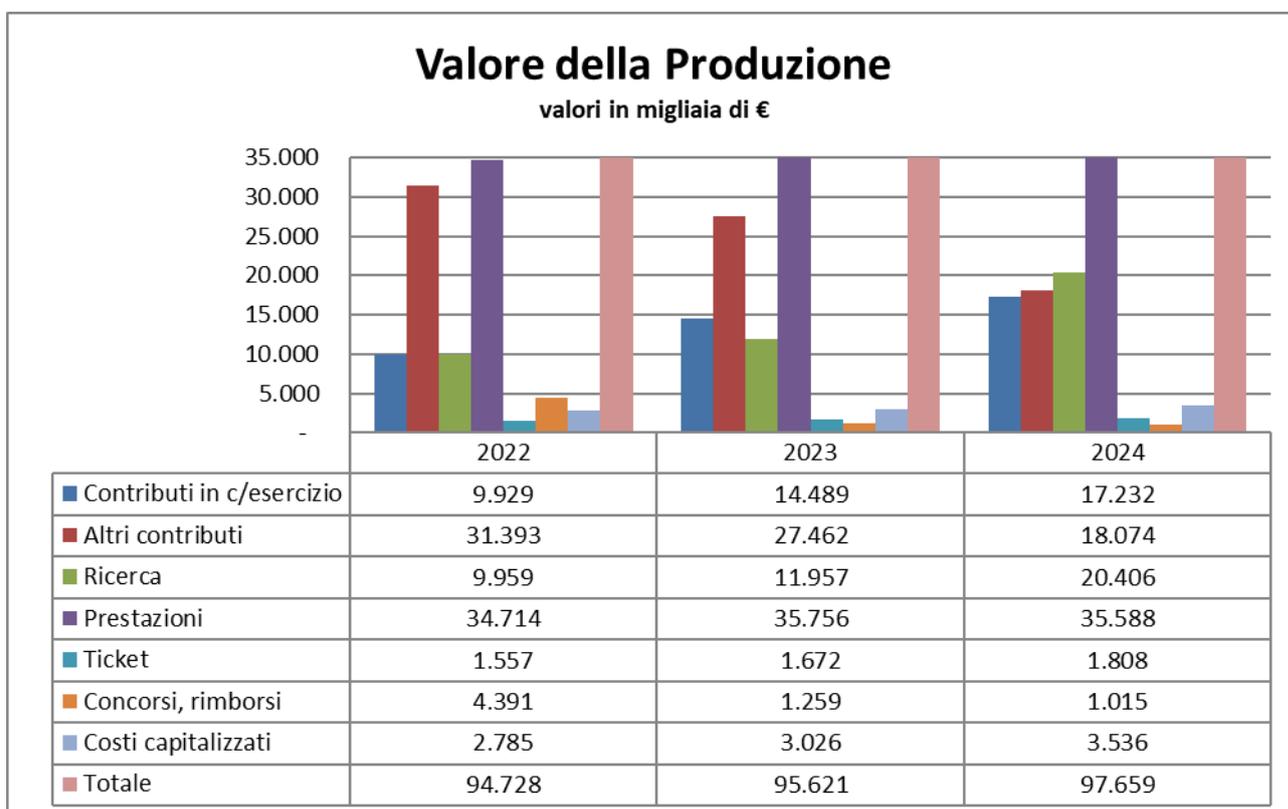
I contributi in conto esercizio da Regione, valorizzati secondo le indicazioni regionali, si presentano in aumento e rilevano, oltre che il finanziamento regionale indistinto, il finanziamento indistinto finalizzato da Regione, le funzioni ed il finanziamento regionale extra fondo vincolato.

I contributi in conto esercizio per ricerca, contabilizzati secondo quanto previsto dal D. Lgs. 118/2011, risultano iscritti nel loro ammontare complessivo di assegnazione dell'anno e non per la sola quota di effettivo utilizzo.

L'attribuzione definitiva del finanziamento per la ricerca corrente è avvenuta solo a inizio dicembre (tramite Workflow della ricerca in data 04.12.2024) e risulta pari ad euro 3.546.082 (comprensivo del costo Biblioson pari ad euro 152.104 e della rete GARR pari ad euro 34.049), pertanto, al netto del costo Biblioson e GARR, in calo di euro 244.033 rispetto all'anno precedente.

Il valore dei finanziamenti per la ricerca finalizzata dove rileva anche il finanziamento per i così detti "Piramidati", ministeriale - regionale - da altri soggetti pubblici e privati, da leggere assieme alla voce "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti" per la parte afferente alla ricerca.

La tabella sottostante rappresenta l'andamento del valore della produzione, suddiviso nelle principali voci di ricovero, nel corso del triennio 2022-2024.



COSTI DELLA PRODUZIONE

I costi complessivi del triennio segnalano una significativa variazione alle voci:

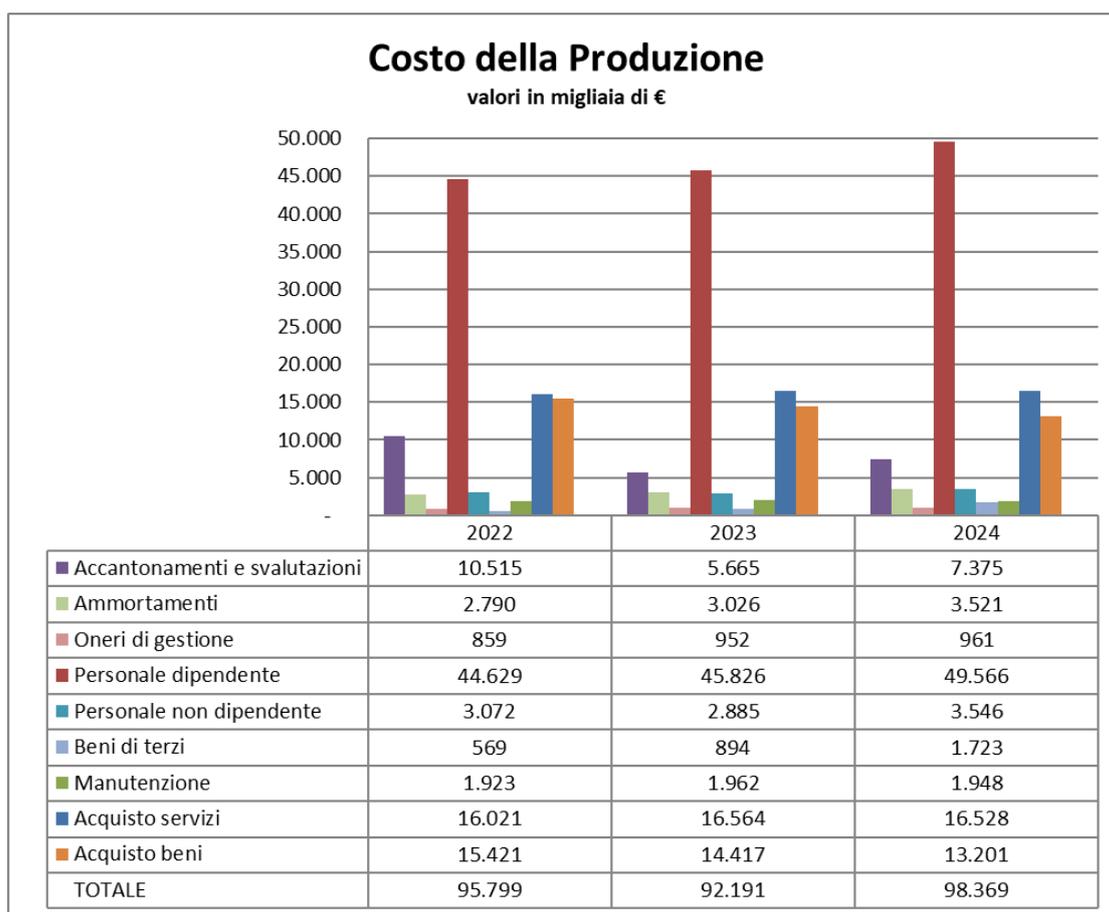
- personale dipendente che, esclusa la libera professione, ammonta ad euro 46.477.866 più IRAP per euro 3.087.721 e raggiunge complessivamente euro 49.565.587. Registra, pertanto un aumento oltre che a seguito della manovra effettuata, anche per

l’inserimento del rinnovo CCNL, della variazione sul costo del personale della ricerca (c.d. Piramidati) e dell’aumento dei fondi contrattuali per la perequazione.

A seguito dell’introduzione del nuovo piano dei conti e delle conseguenti indicazioni regionali, gli accantonamenti relativi ai fondi contrattuali del personale vengono registrati direttamente nei ruoli di afferenza, alimentando il conto “Debiti CCNL da liquidare” e non i conti del mastro “Fondo rischi ed oneri”;

- accantonamenti e svalutazioni: vi trovano iscrizione accantonamenti di natura diversa. Vengono rilevate, per complessivi euro 7.371.241, oltre agli accantonamenti per rischi ed oneri, le quote dei contributi assegnati nell’esercizio 2024 e non ancora utilizzati, che troveranno manifestazione economica negli esercizi successivi.

La tabella sottostante rappresenta l’andamento dei costi della produzione, suddiviso nelle principali voci di costo, nel corso del triennio 2022-2024.



Rispetto dei vincoli regionali (DGR 48/2024)

Nel 2024 non è stato garantito il rispetto dei vincoli regionali, di cui alla DGR 48/2024, come si evince dalla tabella sotto riportata:

	CHIUSURA ANNO 2023	Vincolo 2024 (DGR n.48/2024)	CHIUSURA ANNO 2024	Note
Farmaci - al netto di Spinraza e terapia di profilassi al trapianto + 10% mobilità regionale	1.767.181,13	1.758.345	2.073.068	Sforamento motivato: all'interno viene rilavata anche la somministrazione del farmaco/ profilassi Beyfortus (Nirsevimab) (DGR 1238 dd 23/8/2024) pari ad euro 114.103 completamente finanziati da fondi regionali nonché l'ingresso di nuovi farmaci biologici che hanno ancora il brevetto e con un costo molto alto, come Stelara (Ustekinumab) usato nei pazienti con malattia IBD intrattabile. Inoltre alcuni pazienti non rispondono più all'infliximab o presentano effetti collaterali.
Farmaci oncologici	383.916	383.916	491.136	Sforamento motivato: lo sfioramento dei farmaci oncologici è dovuto all'incremento dei trapianti di midollo osseo di tipo allogenico.

Per quanto concerne il vincolo del personale si riporta sinteticamente la tabella Monitoraggio spesa personale:

T.20H - VINCOLO DI SPESA DEL PERSONALE

			Costi al 31.12.2024
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	46.477.866,49
LAV FLESSIBILE (co.co co, lib profess, somministrazioni ecc..)	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	230.922,44
	BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	
	BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	67.745,00
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	39.104,99
PERS UNIV	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	229.028,24
	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	898.465,64
IRAP	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	
	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	3.087.720,78
	YA0030	Y.1.B)IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	175.770,37
TOTALE CONTI MONITORATI			51.206.623,95
TOTALE			51.206.623,95
DETRAZIONI	(-) categorie protette nel limite della quota dell'obbligo		616.817,81
	(-) 305 100 750 300 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata		36.315,78
	(-) altri costi di personale a carico di finanziamenti ricerca finalizzata		571.541,15
	(-) personale a carico di finanziamenti comunitari o privati		68.095,92
	(-) risorse art. 1 c. 293 L. 234/2021 (P.S.)		297.919,29
	(-) CCNL del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto della ricerca sanitaria		3.144.406,50
	(-) Personale somministrato su finanziamenti ricerca (solo IRCCS)		75.400,03
	(-) rinnovo CCNL 2019-2021 dirigenza area sanità		610.392,32
	(-) rinnovo CCNL 2019-2021 dirigenza PTA		54.813,57
	(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)		100.104,31
	(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)		55.151,88
	(-) incremento IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023		670.699,52
	(-) incremento IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023		369.529,20
	(-) prestazioni aggiuntive comparto per recupero liste di attesa finanziamento linee di gestione 2024		90.642,81
	(-) IRAP su prestazioni aggiuntive dirigenti per recupero liste di attesa finanziamento linee di gestione 2024		8.567,15
	(-) rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra		202.932,32
	(-) Incremento fondi contrattuali art. 1 c. 435 L. 205/2017 (compresi oneri) rispetto DGR 1033/2023		19.124,59
(-) costi personale a carico di finanziamenti extra fondo DGR 48/2024 (tab. pag.100)			
(-) Attività di supporto alla DC settore delle tecnologie e degli investimenti per l'attuazione del PNNR...		77.687,52	
TOTALE DETRAZIONI			7.070.141,67
TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI			44.136.482,28
TETTO DI SPESA 2024			46.329.249,98
rispettato			
Personale dipendente (costi 31.12.2024 T.20B)			50.426.329,54
Contratti flessibili (T.20F)			499.055,67
Prest.aggiuntive comparto (T.20F)			84.884,49
IRAP prest.aggiuntive dirigenza e comparto (T.20F)			20.583,88
delta IRAP su altri rapporti i cui costi non sono imputati ai conti monitorati (YA0030)			175.770,37
			0,00

2.2 Le risorse umane

La manovra del personale 2024 è stata volta anzitutto alla garanzia della sostenibilità dell'attività assistenziale e dell'attività di ricerca dell'IRCCS e all'avvio delle acquisizioni legate all'attivazione e messa a regime delle nuove funzioni poste in capo all'IRCCS.

Nel corso dell'anno 2024 è stata inaugurata la nuova Palazzina Ambulatori della c.d. "Opera San Giuseppe" sita al civico n. 63 di Via dell'Istria presso la quale sono stati trasferiti i locali, ora ampliati, dedicati ad alcuni strategici Servizi dell'Istituto, quali quelli di odontostomatologia pediatrica, otorinolaringoiatria e audiologia, fisioterapia e oculistica.

Si è altresì dato avvio alle procedure di acquisizione del personale da assegnare alle incrementate funzioni di Hospice pediatrico (l'attivazione di 2 posti letto prevista dalla DGR n.480/2023 è stata successivamente elevata ad attivazione di 4 posti letto stabilita dalla DGR n. 1475/2023), procedure protrattesi nel corso del 2024 e che si concluderanno verosimilmente nel corso del 2025.

Situazione del personale al 31.12.2024

Alla data del 31.12.2024 il dato di forza è pari a 847 unità, comprensivo del personale universitario e del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, come riportato nella tabella seguente:

	Forza al 31.12.2023	Forza al 31.12.2024
Dirigenza		
Ruolo sanitario (comprensivo del personale universitario)	186	192
Ruolo professionale	3	2
Ruolo sociosanitario (sociologo)		1
Ruolo tecnico	4	3
Ruolo amministrativo	9	9
Totale dirigenza (comprensivo di personale universitario)	202	207
Comparto		
Ruolo sanitario	362	372
Ruolo tecnico	29	27
Ruolo socio sanitario	90	95
Ruolo amministrativo	84	80
Ruolo della ricerca	63	66
Totale comparto		

	628	640
Totale complessivo (comprensivo di personale universitario)	830	847

a) **Percorsi di stabilizzazione del personale del comparto e della dirigenza.**

L'IRCCS Burlo Garofolo procede con cadenza regolare, di norma annuale, alla ricognizione del personale in possesso dei requisiti di stabilizzazione, in coerenza con la prospettiva delineata dal legislatore nazionale ed al fine di non disperdere le specifiche professionalità formatesi in Istituto, soprattutto in epoca emergenziale.

Nel corso del 2024 si è proceduto all'emissione di bandi di stabilizzazione c.d. "Covid", ai sensi dell'art. 1, comma 268 della L.234/2021, come modificato dall'art. 4 del d.l. 198/2022, convertito con legge n. 14/2022. La novella ha esteso l'applicazione della norma sia con riferimento all'ambito soggettivo (non più limitato al personale del solo ruolo sanitario e socio sanitario ma ampliato al "personale dirigenziale e non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale" al dichiarato intento di "fronteggiare la grave carenza di personale e superare il precariato, nonché per garantire continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza"), sia con riferimento ai termini finali per il conseguimento dei sei mesi di anzianità.

Complessivamente nell'anno 2024 sono state stabilizzate n. 15 unità di personale appartenenti ai seguenti profili:

- n. 1 dirigente odontoiatra;
- n. 7 dirigenti medici;
- n. 1 dirigente farmacista;
- n. 1 tecnico sanitario di laboratorio biomedico;
- n. 1 infermiere;
- n. 4 assistenti amministrativi.

b) **Percorsi di stabilizzazione del personale della ricerca**

L'art. 3-ter del decreto legge 10.05.2023 n. 51 convertito con legge 03.07.2023, n. 87, recante: "Disposizioni in materia di personale della ricerca sanitaria degli IRCCS pubblici e degli IZS", ha per la prima volta introdotto la possibilità di assumere a tempo indeterminato anche il c.d. "personale della ricerca" - i.e. ricercatori sanitari e collaboratori professionali di ricerca sanitaria - che fino ad allora erano stati esclusi espressamente dai percorsi di stabilizzazione delineati per il personale dipendente del SSN.

A seguito delle indicazioni fornite dal competente Ministero della Salute (assunte al protocollo dell'IRCCS con n. 11181 del 12.10.2023 e n. 11416 del 19.10.2023) ed in coerenza con i complessivi fabbisogni già rappresentati dallo scrivente Istituto al Ministero della Salute con nota prot. 4959/2023, nel corso del 2024 si è proceduto alla stabilizzazione di complessive n. 20 unità, di cui n. 11 ricercatori sanitari e di n. 9 collaboratori professionali di ricerca sanitaria.

Preme peraltro segnalare che, ferma la possibilità di assumere a tempo indeterminato il personale in possesso degli specifici requisiti di anzianità delineati dal richiamato art. 3-ter del decreto legge 10.05.2023 n. 51 convertito con legge 03.07.2023, n. 87, in via generale l'accesso al pubblico impiego per il personale del ruolo della ricerca continua ad essere disciplinato dalla legge 27 dicembre 2017, n. 205, ai sensi della quale l'assunzione è disposta con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato della durata di 5 anni, con possibilità di un solo rinnovo per la durata massima di ulteriori 5 anni, previa valutazione ai sensi della citata legge n.205/2017.

Ne discende che, accanto alle unità di personale della ricerca assunte con contratto a tempo indeterminato nel corso del 2024, continueranno a coesistere gli attuali contratti a tempo determinato.

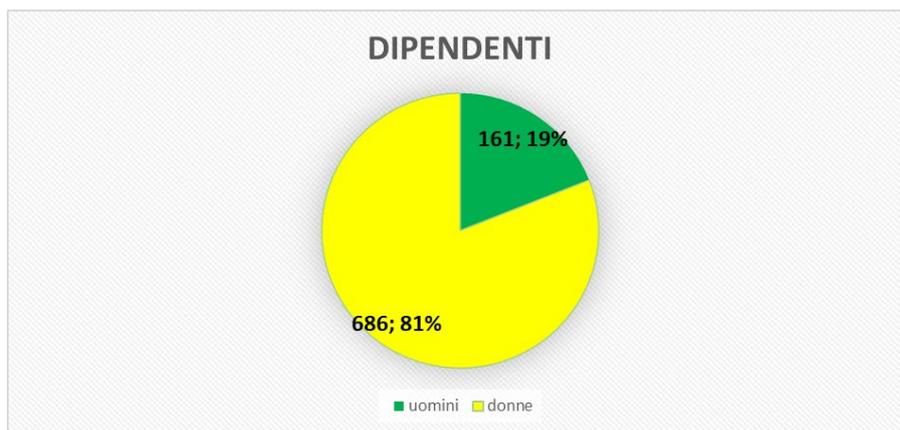
Di seguito si riporta in formato tabellare l'andamento delle assunzioni del personale della ricerca:

PERSONALE DELLA RICERCA (RICERCATORI SANITARI E COLLABORATORI PROFESSIONALI DI RICERCA SANITARIA)						
31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023	31.12.2024
0	22	27	26	51	63	66

2.3 Il bilancio di genere

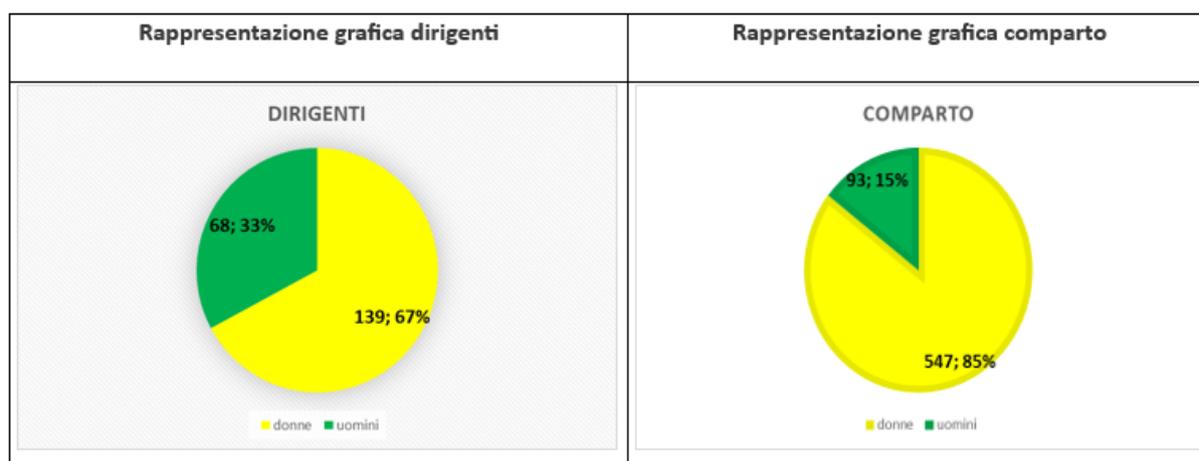
Nell'ambito delle attività del Comitato Unico di Garanzia vengono analizzati i dati del personale con particolare attenzione alle differenze di genere. Si riportano alcuni dati elaborati sulla base della scheda/ questionario prevista dalla "Direttiva sulle misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche".

Situazione del personale al 31/12/2024, con rapporto di lavoro a tempo determinato e indeterminato compreso il personale universitario convenzionato.



Personale suddiviso per area contrattuale

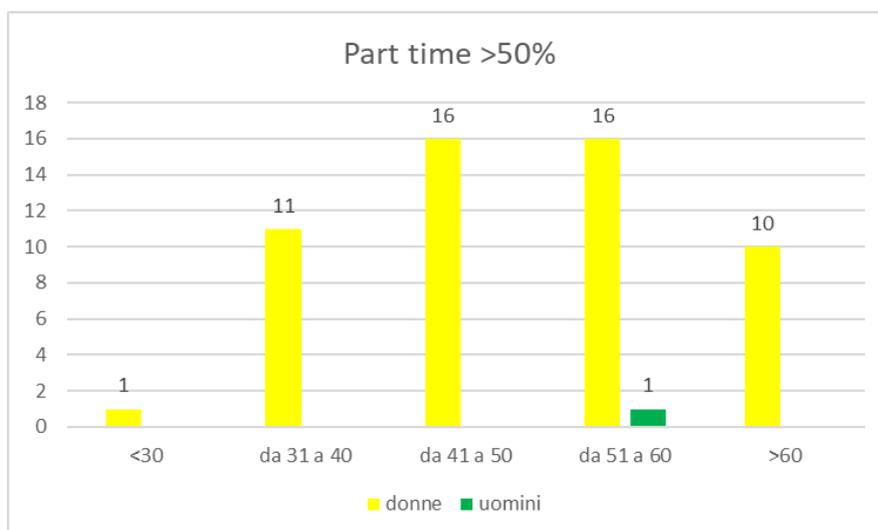
RUOLO	DONNE	UOMINI	TOTALE
Dirigenti	139	68	207
Comparto	547	93	640
Totale	686	161	847



RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE, ETA' E TIPO DI PRESENZA

Classi età Tipo Presenza	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Tempo Pieno	12	46	40	40	22	160	99,40%	81	160	158	190	43	632	92,10%
Part Time >50%	0	0	0	1	0	1	0,60%	1	11	16	16	10	54	7,90%

Totale	12	46	40	41	22	161	100%	82	171	174	206	53	686	100%
Totale %	1,40%	5,40%	4,70%	4,80%	2,70%	19%		9,70%	20,20%	20,50%	24,30%	6,30%	81%	

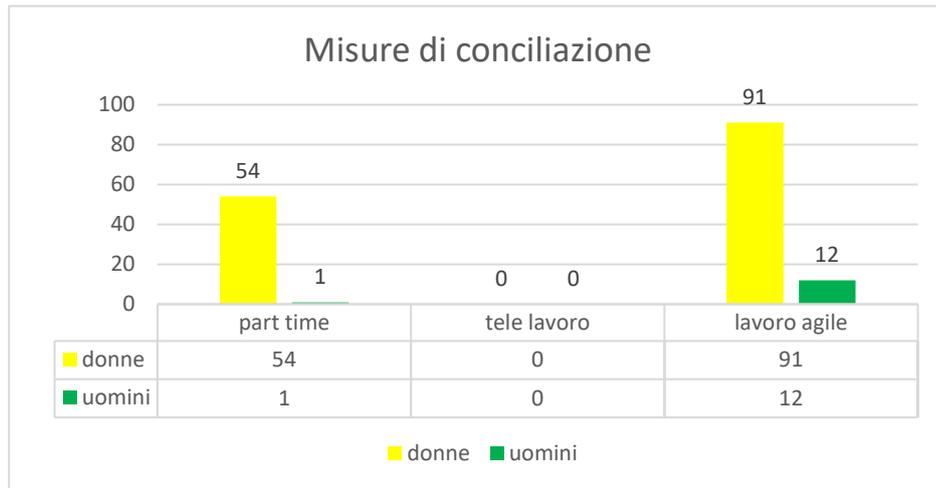


Si conferma la distinzione di genere nell'istituto del part time che riguarda il 7,90% delle dipendenti donne a fronte del 0,6% dei dipendenti uomini. Interessante la fascia di età più rappresentata, dai 51 a 60 anni, che sembra indicare un bisogno di conciliazione legato alle attività di cura non solo per i figli, ma verosimilmente per un doppio/triplo ruolo delle donne anche rispetto agli anziani.

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETÀ

Classi età	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Tipo Misura conciliazione														
Personale che fruisce di part time a richiesta	0	0	0	1	0	1	2%	1	11	16	16	10	54	98%
Personale che fruisce di telelavoro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale che fruisce del lavoro agile	3	5	1	3	0	12	11,65%	4	24	27	30	6	91	88,35%
Personale che fruisce di orari flessibili	La flessibilità oraria è parte dei turni assegnati al personale dipendente, ovvero gli orari sono costruiti con una fascia di riconoscimento che consente di modellare l'orario sia in relazione alle esigenze di servizio sia in relazione alla conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro.													

Altro (specificare eventualmente aggiungendo una riga per ogni tipo di misura attivata)														
Totale	3	5	1	4	0	13	8,23 %	5	35	43	46	16	145	91,77 %
Totale %	23,07 %	38,46 %	7,69 %	30,76 %	0 %	100 %		3,44 %	24,13 %	29,65 %	31,72 %	11,03 %	100 %	



FRUIZIONE DEI CONGEDI PARENTALI E PERMESSI L.104/1992 PER GENERE

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	164	11,82%	1224	88,18%	1388	100%
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	442 ore	100%	0 ore	0%	442 ore	100%
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	98	3,14%	3025	96,86%	3123	100%
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti*	4	7,55%	49	92,45%	53	100%
Totale**						
% sul personale complessivo						

* I valori si riferiscono ai congedi parentali a mezza giornata

** Non può essere fatto il totale complessivo perché non si sommano giorni e ore

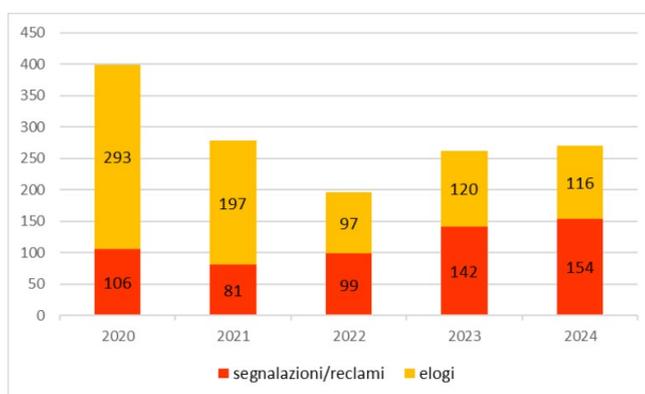
2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali

L'attenzione alla qualità ed al confronto con gli utenti e gli stakeholder è mantenuta attraverso un costante monitoraggio delle segnalazioni ricevute dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (URP).

Nel corso dell'anno 2024 sono pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso diversi canali di comunicazione, 270 segnalazioni formali (alcune rivolte a più strutture), presentate da 250 persone.

Si propone la rappresentazione grafica dell'andamento pluriennale e relativi istogrammi:

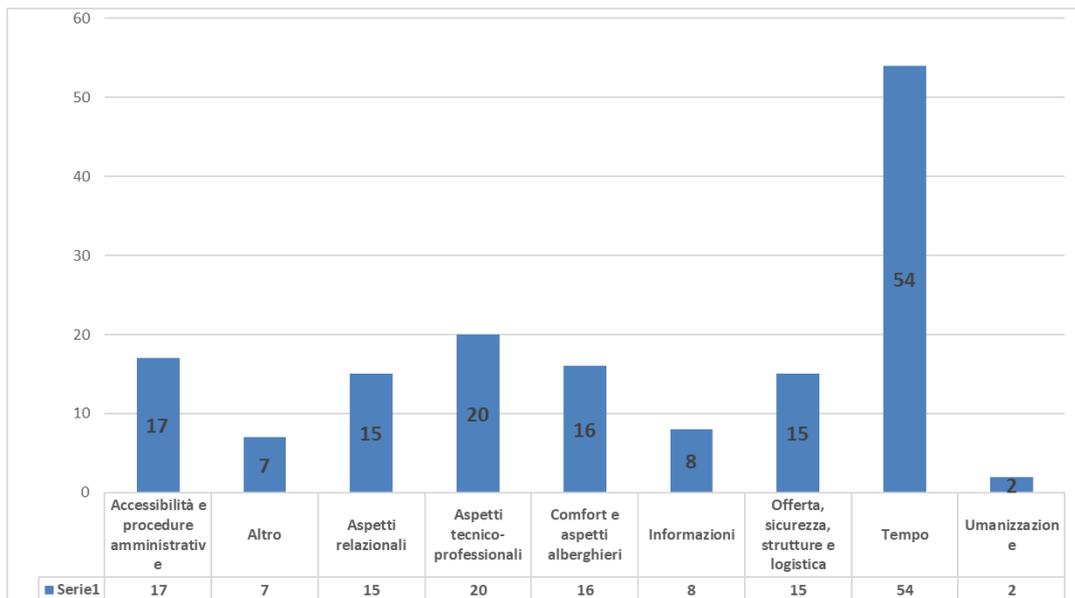
anno	2020	2021	2022	2023	2024
segnalazioni/reclami	106	81	99	142	154
elogi	293	197	97	120	116
totale contatti	399	278	196	262	270



Suddividendo le segnalazioni in macrocategorie si possono facilmente individuare le tematiche per le quali gli utenti chiedono maggiore assistenza: nel 2024 spicca nettamente sopra le altre quella del "Tempo", che da sola ha rappresentato ben il 35% delle segnalazioni/reclami formali.

Classificazione Segnalazioni/Reclami 2024, per Macrocategoria

Macrocategorie	Totale annuale per contenuto	%
Accessibilità e procedure amministrative	17	11%
Altro	7	5%
Aspetti relazionali	15	10%
Aspetti tecnico-professionali	20	13%
Comfort e aspetti alberghieri	16	10%
Informazioni	8	5%
Offerta, sicurezza, strutture e logistica	15	10%
Tempo	54	35%
Umanizzazione	2	1%
Totale	154	100%



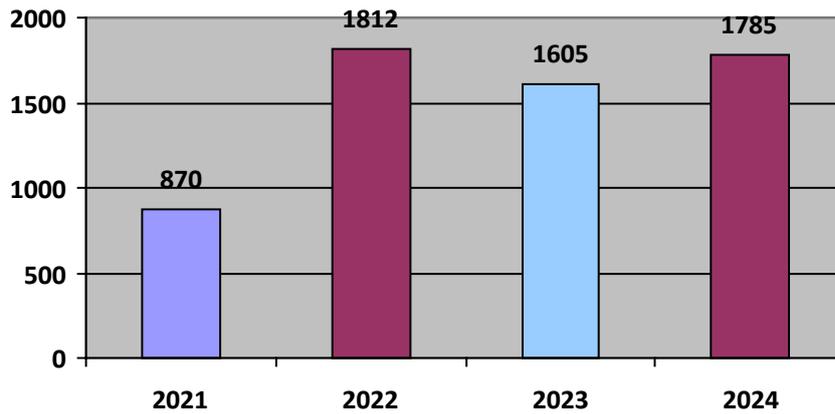
Tempo di risposta all'utente

In base alle procedure dell'URP, certificate ISO 9001:2015 e alle disposizioni regionali in materia di Carta dei Servizi, le risposte ai reclami vengono formulate per iscritto e inviate al domicilio su supporto cartaceo, a firma del Direttore Generale, entro 30 giorni dall'accettazione del reclamo. Nel 2024 i tempi di risposta (data di protocollo della posta in partenza < 30 gg) sono stati rispettati nel 97 % dei casi (6 risposte oltre i 30 giorni su 154 segnalanti).

Le segnalazioni non formalizzate

Nella reportistica dei reclami, in genere, non vengono registrate le segnalazioni di rapida risoluzione e i contatti informativi che si realizzano nell'interfaccia quotidiano tra l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e i cittadini che vi si rivolgono. Si tratta tuttavia di un ricco bagaglio informativo che a decorrere dall'anno 2020, l'anno della pandemia da Covid 19, è stato registrato in un database interno. Si tratta di contatti informativi che si sono conclusi, quasi sempre, senza la presentazione di una segnalazione o reclamo formale. Nel 2024 ne sono stati registrati 1785, un numero piuttosto in linea con l'andamento dal 2022 in poi, che non è però sempre riconducibile alle stesse tematiche. Ad esempio nel 2024 sono aumentati molto i contatti registrati nelle categorie in merito ai tempi di attesa o al mancato rispetto della priorità UBDP, mentre rispetto al 2023 sono diminuite ulteriormente le richieste per le copie di cartelle cliniche che vengono prese in carico sempre più direttamente dall'ufficio informazioni, di persona o tramite apposito indirizzo e-mail, come indicato sulla pagina del sito aggiornata nel 2024.

Segnalazioni non formalizzate, andamento:



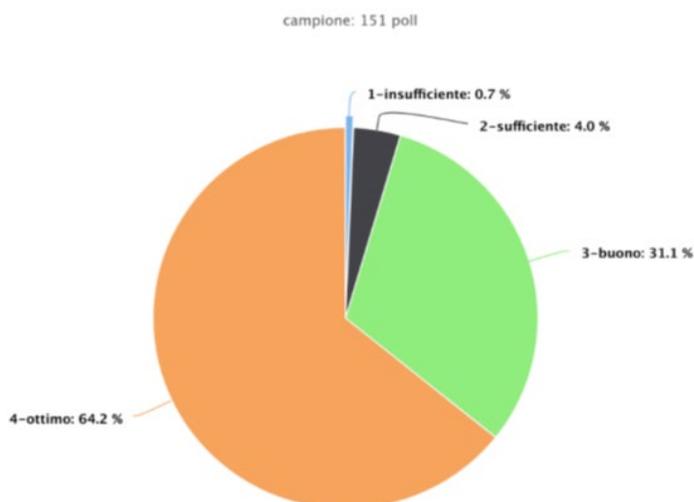
All'interno del comprensorio ospedaliero sorge una struttura prefabbricata attualmente adibita ad alloggio gratuito per le persone impegnate nell'assistenza dei pazienti ospedalizzati.

L'IRCCS Burlo Garofolo ha in carico dal 01/10/2023 la gestione della struttura che è affidata alla SC Direzione delle Professioni Sanitarie in collaborazione con l'URP.

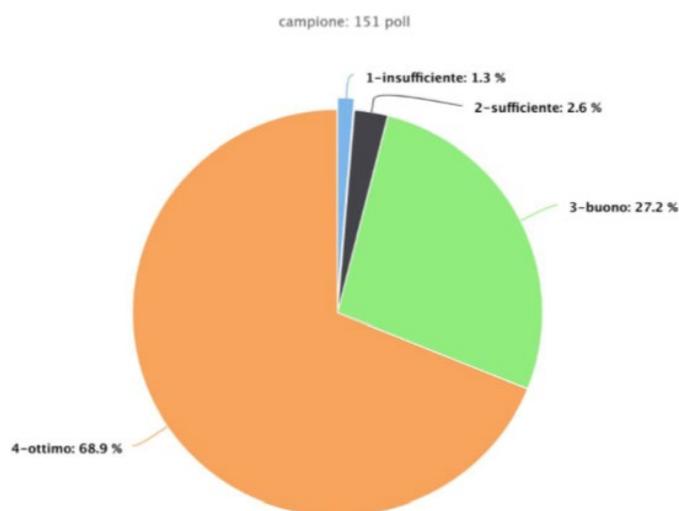
Durante il 2024 si è provveduto a dare continuità al servizio ed è stato predisposto un questionario sulla qualità percepita per valutare il gradimento degli utenti finali e coinvolgerli nel fornire suggerimenti per migliorare l'offerta.

Da gennaio a dicembre 2024, sono stati inseriti a cura dell'URP 151 questionari cartacei. Di seguito alcuni dei quesiti con i relativi risultati complessivi:

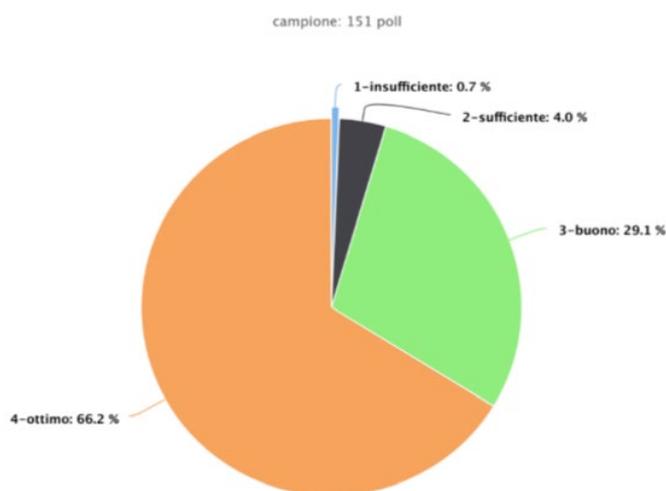
Qual è il suo grado di soddisfazione generale?



Come valuta complessivamente l'efficienza del servizio?



Come valuta complessivamente il trattamento ricevuto?



3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa

3.1 Misurazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti

Come previsto nel proprio Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (decreto DG n. 196 del 09/12/2024) vengono effettuati report trimestrali per analizzare il trend dell'attività di ricovero ed ambulatoriale, mentre viene effettuato un monitoraggio intermedio (al 31 agosto) di tutti gli obiettivi assegnati al fine di attuare eventuali azioni correttive ed aggiornare la declinazione dell'obiettivo.

Per le principali progettualità viene individuato un referente, per il tempestivo aggiornamento dei dati/informazioni descritti nell'indicatore. La SSD Programmazione e controllo funge da

collettore dei dati e predisporre il monitoraggio finale, integrandolo con le evidenze dei flussi informativi aziendali.

Per gli obiettivi contenuti nelle Schede di Budget con indicatori non numerici, cioè quelli la cui misurazione del risultato ottenuto risulta strettamente collegata o alla presentazione di una relazione scritta o alla verifica di una modifica organizzativa, vengono richieste specifiche relazioni sugli stati di avanzamento e sul livello di raggiungimento dello stesso.

Per quanto concerne gli obiettivi collegati ad indicatori di tipo quantitativo, la SSD Programmazione e controllo si è avvalsa dei dati disponibili sul portale regionale SISSR ID (modalità di calcolo degli indicatori condivise con la ARCS/DCS); gli obiettivi collegati ai tempi d'attesa sono stati valutati utilizzando la reportistica presente sul portale regionale Qlick, gli obiettivi collegati al rischio clinico sono stati valutati dalla Direzione Sanitaria aziendale, utilizzando i dati registrati in un proprio database.

Si precisa che i livelli di raggiungimento degli obiettivi con soglia numerica sono stati valutati con il seguente criterio, già descritto nel sopracitato Sistema di Valutazione:

- valore 2024 inferiore al 50%: OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
- valore 2024 compreso tra il 50% e il 75%: OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 50%
- valore 2024 superiore o uguale al 75%: OBIETTIVO RAGGIUNTO IN PROPORZIONE RISPETTO ALLA SOGLIA.

Per quanto concerne l'anno 2024, il ciclo della performance è stato avviato con:

- Piano attuativo ospedaliero (PAO), redatto in coerenza con le Linee per la Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale emanate dalla Giunta Regionale (adottato con decreto DG n. 24 del 16/04/2024 e successivamente riadottato con decreto DG n. 56 del 6/05/2024)
- Piano Integrato di Attività e Organizzazione (decreto DG n. 39 del 15/03/2024)
- Documento di "Assegnazione per l'anno 2024 del budget ai centri di attività e di risorsa" (decreto DG n. 40 del 29/03/2024), così come integrato e modificato dal decreto di rinegoziazione del budget 2024 "Rinegoziazione budget 2024 - modifica del decreto n. 40 del 29/03/2024 "Assegnazione per l'anno 2024 del budget ai centri di attività e risorsa" (decreto DG n. 186 del 28/11/2024)
- Documento "Approvazione dei progetti innovativi 2024" dell'area contrattuale del comparto, della dirigenza- area sanità e della dirigenza- area PTA (decreto DG n. 179 del 13/11/2024).

Il monitoraggio intermedio sullo stato di avanzamento degli obiettivi al 31/8/2024 è stato effettuato dalla SSD Programmazione e controllo nei mesi di agosto e settembre 2024 con il supporto della Direzione Sanitaria/Medica. Il monitoraggio infrannuale e finale è avvenuto tramite un software autoprodotta che prevede la compilazione on line dello stato di avanzamento/raggiungimento di ciascun obiettivo. L'esito del monitoraggio intermedio è stato comunicato ai responsabili delle strutture aziendali ed è stato oggetto di incontri con le diverse strutture. L'attività di monitoraggio ha portato alla formalizzazione della rinegoziazione del budget 2023 (decreto DG n. 266 del 11/12/2023).

Le fasi del ciclo della performance 2024 sono state illustrate e condivise con l'Organismo Indipendente di Valutazione che, nella seduta del 29/11/2023, ha espresso parere favorevole al "Sistema di misurazione e valutazione della performance - anno 2024", (adottato con decreto DG n. 196 dd 9/12/2024) e successivamente, nella seduta del 17/4/2025, ha redatto con il supporto della SSD Programmazione e Controllo la "Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni - Anno 2024".

3.2 Obiettivi correlati con fondi di risultato e premialità

Gli obiettivi di budget correlati con i fondi di risultato e di produttività (performance organizzativa) sono stati assegnati nell'ambito del processo di budget, formalizzati con decreto DG n. 40/2024 e successivamente rinegoziati, con decreto DG n. 186/2024.

Alcuni obiettivi sono comuni a più strutture operative. In particolare, sono stati assegnati obiettivi relativi:

- al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici;
- al rischio clinico;
- ai volumi di attività erogati per riportare i livelli di assistenza al miglior dato annuale raggiunto tra il 2021 ed il 2023;
- alle linee progettuali regionali ed agli indicatori del PNE /Bersaglio;
- alla partecipazione alle iniziative di formazione collegata al PNRR;
- alla produzione scientifica;
- al rispetto degli obiettivi esplicitati nella sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" del vigente PIAO, così come previsto dalla normativa vigente;
- al mantenimento dell'accreditamento istituzionale e della certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015 per le strutture che aderiscono ai percorsi di accreditamento volontario e di

accreditamento richiesto dal Centro Nazionale Trapianti e al mantenimento dei requisiti necessari per l'accreditamento istituzionale.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi pesati, assegnati a ciascuna Struttura, viene formalmente attestato, dal Direttore Generale o Amministrativo o Sanitario o Scientifico, in base all'afferenza della struttura considerata, secondo l'organigramma previsto dall'atto aziendale vigente.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi 2024 collegati alla retribuzione di risultato ed alla produttività (Performance organizzativa) è riportato nell'allegato 1.

3.2. 1 Obiettivi collegati all'anticorruzione e trasparenza e nuova tutela dei dati personali

Nella misurazione e valutazione delle performance si è tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza, assegnando a tutte le strutture lo specifico obiettivo di garantire gli adempimenti previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza confluito nella sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 - 2026.

Per quanto concerne l'armonizzazione degli obblighi di trasparenza con la disciplina della tutela dei dati personali, va evidenziato che i dati, i documenti e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale sono stati selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza ed alle indicazioni di cui alle delibere dell'ANAC e sono stati pubblicati nel rispetto dei principi sul trattamento dei dati personali contemplati nell'art. 5 del Regolamento UE 679/2016 quali quelli della liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione del titolare del trattamento". Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione e rispondono al concetto di "qualità delle informazioni" nel senso di assicurare l'esigenza di certezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati, temperato dalla necessità di tutela dei diritti soggettivi imposta dalla normativa di settore.

I singoli obblighi di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente sono stati indicati nella "Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la Trasparenza" - Allegato 3 al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 - 2026. In detto documento sono stati evidenziati, in particolare, gli atti, gli adempimenti e le articolazioni aziendali assoggettati all'obbligo nonché i modi ed i tempi di pubblicazione in conformità alle disposizioni del D.lgs. 33/2013 e s.m.i..

I dirigenti responsabili delle strutture hanno curato l'invio dei dati e dei documenti da pubblicare ai fini dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Nel ricordare che l'Organismo Indipendente di Valutazione deve promuovere e attestare, a norma dell'art. 14, comma 4 lett. g) del D.Lgs 150/2009 e s.m.i., l'assolvimento annuale degli obblighi di trasparenza e integrità, si precisa che l'OIV ha prodotto, in data 20/6/2025, il documento di attestazione utilizzando l'applicazione web resa disponibile da ANAC e l'attestazione verrà tempestivamente pubblicata sul sito dell'Istituto, entro la data del 15/07/2025, fissata dalla delibera ANAC n. 192/2025.

Il monitoraggio dello stato di attuazione della "Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la Trasparenza" - Allegato 3 al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 - 2026 è stato svolto dal RPCT attraverso specifici incontri di audit con le singole articolazioni aziendali, tenutisi nel mese di novembre 2024; il monitoraggio è stato funzionale all'individuazione delle azioni di miglioramento dei processi di trasparenza e pubblicazione. Le verifiche sono state effettuate anche avvalendosi di una specifica check list dedicata ai temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Le risultanze sono state oggetto di illustrazione nella Relazione annuale 2024 redatta dal RPCT secondo le indicazioni fornite dall'ANAC, pubblicata sul sito aziendale nell'apposita sezione di Amministrazione trasparente "altri contenuti - prevenzione della corruzione" entro i termini previsti dalla normativa, nonché inviata all'OIV e all'Organo di vertice con nota prot. n. 233 del 30/01/2025.

Per quanto concerne il trattamento dei dati personali in ambito sanitario, l'Istituto si è attenuto sia alla normativa europea di cui al Regolamento (UE) n. 2016/679 che nazionale di cui al D.lgs. 196/2003, così come adeguato alla normativa europea dal D.lgs. n. 101/2018, e, altresì, alle indicazioni della Direzione Centrale Salute della Regione FVG per le pubbliche amministrazioni del SSR attraverso la partecipazione a specifici tavoli tecnici, sentiti anche l'Ufficio Trattamento e Protezione Dati e il responsabile per la Protezione dei dati (DPO) dell'Istituto.

A tal fine, in ossequio alle prescrizioni impartite dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, l'Istituto ha predisposto misure tecniche e organizzative adeguate a contenere i rischi in termini di liceità, correttezza integrità esattezza e minimizzazione del trattamento dei dati personali relativi a tutti i processi manuali o informatizzati (sanitari e non).

L'Istituto IRCCS Burlo Garofolo ha adottato con Decreto n. 159/2020 il "Regolamento per il trattamento dei dati personali". Con decreto n. 215/2023, l'IRCCS ha rinnovato detto Regolamento ed ha costituito l'"Ufficio per il Trattamento e la Protezione dei Dati personali dell'Istituto", regolandone la composizione e predisponendo la relativa documentazione e la modulistica necessarie al corretto espletamento dell'attività istituzionale. Con Decreto n. 216/2023 ha provveduto alla designazione dei Delegati del Titolare del trattamento dei dati personali di cui all'art. 7 del Regolamento, identificandoli nei Direttori di S.C. e S.S.D.

3.3 Obiettivi correlati a progetti innovativi

Relativamente agli obiettivi in argomento, la Direzione Strategica ha individuato le progettualità 2024, coerentemente alle linee di pianificazione aziendale ed alla quantificazione del finanziamento corrispondente alle risorse aggiuntive, formalizzandoli con proprio decreto DG n. 179/2024 per il comparto e per la dirigenza dell'area sanità e dell'area PTA.

I progetti sono generalmente collegati ad attività oraria aggiuntiva ed al raggiungimento di specifici obiettivi misurati da idoneo indicatore. I responsabili di progetto hanno prodotto una relazione che documenta l'attività svolta ed i risultati raggiunti per ciascun obiettivo. Le relazioni sono state valutate dal Direttore Sanitario ed Amministrativo, ciascuno per la propria area di competenza (le valutazioni e le relazioni sono conservate agli atti dalla struttura SSD Programmazione e Controllo).

Si riporta nell'allegato 2 una sintesi della percentuale di raggiungimento dei progetti innovativi, così come evidenziato nella valutazione effettuata dai direttori di area e analizzata nella seduta OIV dd 9/5/205:

- Prot. n. 1196/2025: area Direzione generale
- Prot. n. 1175/2025: area Direzione amministrativa
- Prot. n. 1201/2025: area Direzione sanitaria e Dipartimenti clinici
- Prot. n. 1172/2025: area Direzione scientifica

3.4 Sintesi della performance individuale

La performance individuale nell'IRCCS Burlo Garofolo è inserita all'interno di un sistema di valutazione che coinvolge tutto il personale dipendente della dirigenza e del comparto, attraverso una scheda di valutazione che valuta l'attività e professionalità degli operatori (considerando la valutazione come fattore di valorizzazione e motivazione dei dipendenti) e che misura il loro contributo al raggiungimento della performance organizzativa. Il processo di valutazione individuale garantisce il contraddittorio dell'interessato con il valutatore.

Le schede di valutazione individuale sono distinte in 3 tipologie:

- comparto;
- dirigenza Area sanità;
- dirigenza ATP.

È assicurato il collegamento diretto fra il raggiungimento degli obiettivi di budget di struttura e la valutazione individuale, mediante l'inserimento, all'interno della scheda di valutazione, di una voce relativa alla partecipazione del singolo agli obiettivi annuali.

Ciascun valutatore sta procedendo alla compilazione delle schede di valutazione relative all'anno 2024, che ha condiviso con il personale valutato mediante colloqui individuali volti all'esplicitazione dei comportamenti/competenze tenuti nel corso dell'anno; tale valutazione è stata formalizzata con la consegna della scheda, completa di data e sottoscrizione del valutatore e del valutato, che ne attesta così la presa visione.

Il processo di valutazione individuale è stato avviato in data 12 maggio 2025 al fine di consentire alla SSD Programmazione e controllo di terminare il processo di valutazione della performance organizzativa. La valutazione individuale è ancora in corso e pertanto tale relazione sarà successivamente integrata e validata dall' OIV nella sua completezza.

Nel 2021 sono stati adottati con decreti del Direttore Generale entrati in vigore dal 2022:

- il "Regolamento sulla valutazione del personale dirigente dell'area sanità", decreto n. 167 del 30.12.2021;
- il "Regolamento per la valutazione della performance individuale del comparto sanità", decreto n. 170 del 30.12.2021.

Nel 2022 è stato adottato con decreto del Direttore Generale entrato in vigore dal 2022:

- il "Regolamento sulla valutazione del personale dirigente amministrativo, tecnico e professionale", decreto n.220 del 29.12.2022.

Tali regolamenti hanno definito i principi generali del nuovo sistema di valutazione dei dirigenti dell'area sanità, del comparto e della dirigenza ATP. In particolare, per quanto concerne la valutazione annuale collegata alla performance individuale sono stati definiti: i soggetti ed i livelli della valutazione annuale, i valutatori, la metodologia di valutazione, le procedure di conciliazione e gli effetti della valutazione. I regolamenti hanno, inoltre, introdotto nuove schede di valutazione individuali ed hanno demandato i criteri di attribuzione della performance alla contrattazione integrativa.

I criteri per la remunerazione della performance individuale **per il personale del comparto** per l'anno 2024 sono stati definiti con accordo con le organizzazioni sindacali prot. n. 7943 del 22.07.2024 e sono i seguenti:

- **Performance individuale:** concorrono all'attribuzione del premio individuale esclusivamente i dipendenti che abbiano conseguito, nell'anno di riferimento, una valutazione positiva delle prestazioni individuali svolte, secondo il sistema di valutazione in vigore presso l'Istituto. In caso di trasferimento in corso d'anno e in presenza di più schede di valutazione (tutte positive), verrà tenuto conto della media ponderata dei punteggi acquisiti. Sulla base dei punteggi acquisiti, verrà redatta un'unica graduatoria tenuto conto delle sole strutture che hanno raggiunto gli obiettivi del

progetto complessivo aziendale dell'anno, secondo una percentuale che attribuisce il 100% della quota collettiva (percentuale superiore all'80%). Alla graduatoria vengono applicate le seguenti percentuali, con le relative quote teoriche del premio individuale ai fini dell'individuazione dei relativi destinatari:

percentuali da applicare alla graduatoria	Quota teorica massima premio individuale
50% con valutazioni più elevate	€ 160,00
50% successivo	€ 140,00

- Qualora l'applicazione delle percentuali produca un numero di destinatari da arrotondare, l'arrotondamento sarà applicato per difetto se $< 0,5$ e per eccesso se $\geq 0,5$. In caso di punteggio tra due o più dipendenti che si contendono l'ultimo posto nella percentuale di riferimento, al fine di individuare il destinatario del premio, si applicano i seguenti criteri, in ordine di priorità:
 - assenza di sanzioni disciplinari applicate nell'anno di riferimento;
 - maggiore presenza effettiva in servizio nell'anno.
- La quota teorica di premio individuale verrà erogata secondo i criteri già in uso per la distribuzione della quota collettiva (es. differenziazione per categorie, % part time).
- Maggiorazione della performance individuale: al 10% dei dipendenti con valutazioni più alte, viene erogata una maggiorazione del premio individuale dell'importo di € 45,00, pari al 30% della quota media del premio stesso.

La relativa documentazione è conservata agli atti della SSD Politiche del Personale.

Per quanto riguarda il **personale della dirigenza dell'area sanità per l'anno 2024** i criteri per la remunerazione della performance individuale sono stati definiti in sede di contrattazione integrativa (accordo sindacale prot. 7869 del 19 luglio 2024), sono i seguenti:

- **Performance individuale:** l'ammontare delle risorse disponibili per la remunerazione dell'apporto individuale è stato definito in sede di contrattazione integrativa. La contrattazione ha individuato il budget-della performance individuale in 24.330,23 € pari al 10% delle risorse storiche destinate alla retribuzione di risultato. La quota individuale sarà pari al 30% della quota media collettiva.

L'individuazione dei percettori avviene mediante la formulazione di una graduatoria delle valutazioni più elevate ponderate con i livelli di raggiungimento dei risultati prestazionali e di

gestione conseguiti in coerenza con gli obiettivi di budget, secondo le risultanze positive dei sistemi di valutazione. In caso di parità di punteggio risulta beneficiario il dirigente più giovane.

La relativa documentazione è conservata agli atti della SSD Politiche del Personale.

Per quanto riguarda la **dirigenza ATP**-la definizione dei criteri generali e di attribuzione della performance organizzativa ed individuale è stata ridefinita nel 2024 in sede di contrattazione integrativa (accordo sindacale prot. 8750 del 19 agosto 2024).

In attuazione di quanto disposto dall'art. 23 del CCNL Area delle funzioni locali triennio 2019-2021 "differenziazione e variabilità della retribuzione di risultato", si è deciso di destinare la maggiorazione ai dirigenti amministrativi, tecnici e professionali che conseguano le valutazioni più elevate, secondo quanto previsto dal sistema di valutazione dell'Istituto. La misura di detta maggiorazione definita in sede di contrattazione integrativa è pari al 30% del valore medio pro-capite della retribuzione di risultato attribuita ai dirigenti valutati positivamente. Il numero dei destinatari della maggiorazione legata alla performance individuale in n. 2 dirigenti con le valutazioni più elevate.

Criteri per l'individuazione dei percettori della maggiorazione: redazione di una graduatoria delle valutazioni più elevate ponderate con i livelli di raggiungimento dei risultati prestazionali e di gestione conseguiti in coerenza con gli obiettivi di budget, secondo le risultanze positive dei sistemi di valutazione. In caso di parità di punteggio risulta beneficiario chi presenta una valutazione individuale più elevata e che non abbia beneficiato del premio nell'esercizio precedente.

Gli esiti delle valutazioni, che saranno inseriti nel fascicolo personale del dipendente, sono indicati nell'allegato 3 e si basano su scale distinte a seconda dell'Area Contrattuale di appartenenza.

4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2024

La presente relazione è stata predisposta dalla SSD Programmazione e Controllo, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, la SSD Politiche del personale relativamente alla valutazione individuale del personale, la SC Gestione Economico Finanziaria relativamente all'analisi dei dati di bilancio e l'URP per quanto concerne il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali, il CUG nella parte relativa al bilancio di genere e il RPCT aziendale per la parte relativa all'anticorruzione e trasparenza.

Il percorso di misurazione e raccolta delle relazioni di rendicontazione degli obiettivi è stato coordinato dalla SSD Programmazione e Controllo. Le valutazioni relative agli obiettivi di budget ed agli obiettivi collegati ai progetti innovativi sono state effettuate, per area di competenza, dal Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo e Scientifico, sulla base della documentazione di

rendicontazione agli atti e dei flussi informativi aziendali e regionali disponibili, e sono conservate agli atti della SSD Programmazione e Controllo. Gli esiti sono stati riportati negli allegati.

Le schede di valutazione annuale, una volta condivise e sottoscritte, sono state consegnate da ciascun valutatore alla SSD Politiche del personale per la successiva archiviazione nel fascicolo personale di ciascun dipendente. Gli esiti delle valutazioni sono sintetizzati nell'allegato 3.

4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento

L'IRCCS rileva come propria area di miglioramento il processo relativo alla performance individuale, principalmente nell'ambito relativo all'area contrattuale della sanità. Si manterrà la tempistica, già adottata nel 2023 e nel 2024, cercando di anticipare l'inizio del processo collegato alla valutazione individuale, al fine di consentire ai valutatori un tempo maggiore per la compilazione dei documenti richiesti.

L'IRCCS inoltre, alla luce dell'incremento del numero di dipendenti inquadrati nel ruolo della ricerca, per il 2025 si pone l'obiettivo di far partecipare anche il personale di ricerca nel Sistema di valutazione.



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Relazione sulla performance

Anno 2024

Allegato 1

Livello di raggiungimento degli obiettivi collegati alla performance organizzativa - anno 2024

STRUTTURA	% raggiungimento	
	Dirigenza	Comparto
Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata		
S.C. GENETICA MEDICA	94%	-
S.C.R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE	96%	-
S.C.R. RADIOLOGIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO	95%	-
S.C.R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE	92%	-
Dipartimento di Pediatria		
S.C. PEDIATRIA DI URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	83%	-
S.C.U. CLINICA PEDIATRICA	87%	-
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	84%	-
S.C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	98%	-
S.S.D. GASTROENTEROLOGIA E NUTRIZIONE	95%	-
Dipartimento di Chirurgia		
S.C. CHIRURGIA	88%	-
S.C. OCULISTICA	96%	-
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	71%	-
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	84%	-
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	86%	-
S.C.U. ODONTOSTOMATOLOGIA PEDIATRICA	94%	-
Dipartimento Materno Neonatale e delle Terapie Intensive		
S.C. NEONATOLOGIA	86%	-
S.C.U. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	75%	-
S.C.R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	90%	-
S.S.D.R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	91%	-
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	87%	-
Direzione Generale		
S.S.D. INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE	100%	100%
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	100%	100%
S.S.D. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANZA SANITARIA	100%	100%
Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa		
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	100%	100%
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	100%	100%
S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	100%	100%
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	100%	100%
S.C. GESTIONE TECNICA EDILE IMPIANTISTICA	100%	100%
Direzione Sanitaria		
S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	100%	100%
S.C. FARMACIA	95%	-
S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	98%	98%
Direzione Scientifica		
DIREZIONE SCIENTIFICA	100%	100%
S.C.R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	100%	100%



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Relazione sulla performance

Anno 2024

Allegato 2
Sintesi della percentuale di
raggiungimento dei progetti
innovativi

Progetti afferenti all' Area del Direttore Generale

AREA PTA

n°	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
5	Ottimizzare la comunicazione: costruire, sviluppare e aggiornare l'identità visiva dell'Istituto, regolando in modo organico l'utilizzo degli strumenti di comunicazione visiva.	SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	2	Giove	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
6	Aggiornare la reportistica aziendale relativa ai ricoveri in funzione della dismissione del sistema SIASI	SSD Programmazione e Controllo	1	Vardabasso	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
	Attività di interesse strategico	Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza	1	Vardabasso	01/01/2024 - 31/12/2024	100%

AREA SANITÀ

n°	Obiettivo	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
9	Ruolo del Disability Manager fornire le competenze necessarie per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, alla luce della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, della legge 68, delle normative previste dal Piano Nazionale e Regionale di Azione sulla Disabilità nonché del Job Act.	SPPA	1	Carosi	01/01/2024 - 31/12/2024	100%

AREA COMPARTO

N°	Obiettivo aziendale	Strutture coinvolte	N° dipendenti potenziali 2024	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
17	Aggiornare la reportistica aziendale relativa ai ricoveri in funzione della dismissione del sistema SIASI	SSD Programmazione e controllo	3	Vardabasso	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
18	Progetto disostruzione: proseguire il progetto nelle scuole	SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione - Centro Attività Formative	6	Pagnutti	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
19	Ottimizzare la comunicazione: costruire, sviluppare e aggiornare l'identità visiva dell'Istituto, regolando in modo organico l'utilizzo degli strumenti di comunicazione visiva.	SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione - Segreteria Direzione Strategica	3	Giove	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
20	Progettare la scheda mansione del dipendente come elemento di tutela del lavoratore	SSD Servizio di prevenzione e sorveglianza sanitaria	4	Carosi	01/01/2024 - 31/12/2024	100%

Progetti afferenti all'Area del Direttore Amministrativo

AREA PTA

n°	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
1	Supportare le scelte direzionali nell'ambito del procedimento successorio di E.T.Z. aperto presso il Tribunale di Villacco (Austria) con cespiti situati in diversi Stati esteri	SC Affari Generali e Legali	1	Zaro	dal 01.01.2024 al 31.12.2024	100%
2	Supportare l'incremento dotazione organica del personale della ricerca e	SSD Politiche del personale	1	Mandelli	dal 01.01.2024	100%

n°	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
	conseguente gestione del relativo personale				al 31.12.2024	
3	Aggiornare la base dati inventariale patrimoniale presente in ASCOT.	SC Ingegneria Clinica informatica ed Approvvigionamenti	2	Carlevaris	dal 01.01.2024 al 31.12.2024	100%
4	Effettuare la ricognizione delle immobilizzazioni in corso che risultano iscritte a bilancio da più di 10 anni ed attengono ad opere ultimate.	SC Gestione Tecnica e realizzazione del Nuovo Ospedale	1	Pavan	dal 01.01.2024 al 31.12.2024	100%
		SC Gestione economico Finanziaria	1	Rachelli	dal 01.01.2024 al 31.12.2024	100%
	Attività di interesse strategico	Presidente e componenti Ufficio Procedimenti Disciplinari	4	Mandelli	dal 01.01.2024 al 31.12.2024	100%
		Presidente Commissione paritetica Alpi		Zaro		100%

AREA COMPARTO

N°	Obiettivo aziendale	Strutture coinvolte	N° dipendenti potenziali 2024	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
13	Svolgere un'indagine preliminare volta a intraprendere collaborazioni di natura assistenziale, formativa e di ricerca con paesi del Sud-Est e Est Europa	SC Affari Generali e Legali	7	Zaro	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
14	Supportare l'incremento dotazione organica del personale della ricerca e conseguente gestione del relativo personale	SSD Politiche del personale	9	Mandelli	01/01/2024 - 31/12/2024	100%

N°	Obiettivo aziendale	Strutture coinvolte	N° dipendenti potenziali 2024	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
15	Aggiornare la base dati inventariale patrimoniale presente in ASCOT.	SC Ingegneria clinica e approvvigionamenti	15	Carlevaris	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
16	Effettuare la ricognizione delle immobilizzazioni in corso che risultano iscritte a bilancio da più di 10 anni ed attengono ad opere ultimate.	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	7	Pavan	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
		SC Gestione Economico Finanziaria	7	Rachelli	01/01/2024 - 31/12/2024	100%

Progetti afferenti all' Area del Direttore Sanitario

AREA SANITÀ

n°	Obiettivo	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
1	Pronta disponibilità	Tutte le strutture	154	DS	01.01.24- 31.12.24	100%
2	Pronta disponibilità	Tutte le strutture	/	DS	01.01.24- 31.12.24	100%
3	Dispositivi medici: Proposta di un percorso di gestione dei dispositivi presso l'IRCCS	Farmacia	5	Arbo	01.01.24- 31.12.24	100%
4	Avviare il progetto per il supporto al parto prenatale e perinatale con la "scatola dei ricordi"	Direzione medica di Presidio	1	DS	01.01.24- 31.12.24	100%
5	Cruscotto condiviso per la rendicontazione degli indicatori del programma trapianti metropolitano	Direzione medica di Presidio Ufficio Qualità	1	DS	01.01.24- 31.12.24	100%
6	Realizzazione attività correlate al trasferimento e alla operatività delle strutture in Opera S. Giuseppe	Direzione medica di Presidio	4	DS	01.01.24- 31.12.24	100%
7	Revisione degli strumenti di gestione delle risorse umane	Direzione Professioni sanitarie	2	Tempesta	01.01.24- 31.12.24	100%

n°	Obiettivo	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
8	Definizione proposta dei criteri di accesso e dei requisiti per l'esecuzione della diagnosi preimpianto	Personale DCS	1	DS	01.01.24-31.12.24	100%
10	Garantire continuità assistenziale	Clinica Ostetrico ginecologica Fisiopatologia della Riproduzione e PMA Gravidanza a rischio Medicina Fetale e Diagnosi prenatale	28	Ricci	01.01.24-31.12.24	100%
11	Revisione delle procedure di laboratorio relative alla crioconservazione di ovociti e spermatozoi per soggetti oncologici	Fisiopatologia della Riproduzione e PMA	4	Ricci	01.01.24-31.12.24	100%
12	Garantire il servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN)	TIN	9	Travan	01.01.24-31.12.24	100%
13	Definizione delle competenze e dei requisiti del personale afferente al laboratorio. Mappatura apparecchiatura e reagenti senza marcatura CE e censimento di alternative conformi sul mercato con valutazione economica	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	4	Fabretto	01.01.24-31.12.24	100%
14	Revisione e implementazione dei protocolli per le infezioni respiratorie emergenti/riemergenti per la gestione del paziente pediatrico	Microbiologia traslazionale	1	Comar	01.01.24-31.12.24	100%
15	Diagnostica e clinica Genomica: sviluppo ed implementazione di percorsi finalizzati al miglioramento dell'accesso a questa tipologia di medicina personalizzata	Genetica medica	10	Gasparini	01.01.24-31.12.24	100%
16	Il budgeting nelle sperimentazioni di fase 1 in ambito pediatrico	Oncologia	1	Rabusin	01.01.24-31.12.24	100%

n°	Obiettivo	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
17	Garantire le procedure necessarie all'avvio del Programma trapianti Metropolitano	Oncologia	1	Rabusin	01.01.24-31.12.24	100%
18	1. definizione delle modalità di presa in carico ambulatoriale Burlo-ASUGI del paziente nella fascia 0-18 anni 2. applicazione del PDTA "Approccio multidisciplinare alla diagnosi e trattamento dell'autismo" e sua eventuale revisione	Neuropsichiatria infantile	7	Carrozzi	01.01.24-31.12.24	100%
19	Progetto di adesione al percorso di creazione della Biobanca unica regionale	Laboratorio di Pediatria	1	Tommasini	01.01.24-31.12.24	100%
20	Riorganizzazione dell'attività chirurgica della s.c. ortopedia e traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	1	Carbone	01.01.24-31.12.24	100%
21	Garantire il servizio di trasporto pediatrico urgente	Anestesia e Rianimazione	10	Sagredini	01.01.24-31.12.24	100%
22	Garantire continuità assistenziale	Anestesia e Rianimazione	15	Sagredini	01.01.24-31.12.24	100%
23	Garantire continuità assistenziale	ORL	4	Orzan	01.01.24-31.12.24	100%
24	Aggiornamento del percorso per la gestione delle urgenze	Odontostomatologia	5	Cadenaro	01.01.24-31.12.24	100%

COMPARTO

n°	Obiettivo aziendale	Strutture coinvolte	N° dipendenti potenziali 2024	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
0	Progettualità di tutela per i lavoratori che svolgono attività gravosa presso l'IRCCS Burlo Garofolo nell'anno 2024	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie e alla Direzione Sanitaria	460	Tempesta	01/01/2024 - 31/12/2024	100%

n°	Obiettivo aziendale	Strutture coinvolte	N° dipendenti potenziali 2024	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
1a	Progettualità ed innovazione organizzativa a carattere di cura e tecnico-assistenziale in area Materno Infantile presso l'IRCCS Burlo Garofolo	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	460	Tempesta	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
1b	Garanzia della continuità assistenziale e tecnica dei servizi e delle attività amministrative di supporto alla clinica e all'assistenza	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	460	Tempesta	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
2	Organizzare e garantire l'attività assistenziale diretta e indiretta in contesti ad alta specificità assistenziale	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	100	Tempesta	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
3	Migliorare la programmazione e la gestione delle assenze a vario titolo del personale afferente alla DPS	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	15	Debelli	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
4	Personale a disposizione dei corsi di laurea area sanitaria - corso di laurea di ostetricia	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	1	Tempesta	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
5	Garantire la copertura della sala operatoria in risposta alle richieste di assistenza scopica da parte delle specialità chirurgiche	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	7	Tempesta	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
6	Attuazione degli adempimenti ai sensi del "Regolamento sul trattamento e la protezione dei dati personali" dell'Istituto, adottato con Decreto n 215 del 18/08/2023	Organizzazione e gestione della Continuità Assistenziale, Igiene ospedaliera e continuità con i servizi in appalto, SS Accreditemento, qualità e rischio clinico, Gestione del percorso chirurgico, Gestione prestazioni sanitarie e percorsi clinici, CUP e sviluppo sanità transfrontaliera	19	DS	01/01/2024 - 31/12/2024	100%

n°	Obiettivo aziendale	Strutture coinvolte	N° dipendenti potenziali 2024	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
7	Favorire la comunicazione verso gli stakeholders: produzione di opuscoli informativi sul rischio infettivo	Igiene ospedaliera e continuità con i servizi in appalto	2	DS	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
8	Garantire la continuità del servizio di prenotazione/accettazione /pagamento e consegna referti con gli standard previsti, anche in caso di assenze improvvise	CUP e sviluppo sanità transfrontaliera	6	DS	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
9	Revisione percorso prestazioni richieste in convenzione	Ufficio di Coordinamento Rete Pediatrica	1	DS	01/01/2024 - 31/12/2024	100%

Progetti afferenti all' Area del Direttore Scientifico

AREA PTA

n°	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
7	Garantire le attività necessarie allo sviluppo del nuovo sistema informatico realizzato per la gestione dei progetti di ricerca dell'IRCCS	Direzione Scientifica	1	Assanti	dal 01.01.2024 al 31.12.2024	100%
8	Partecipare alle attività dei progetti del Piano Nazionale Complementare attivi in regione e relativi alla salute materno infantile	SC Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	2	Ronfani	dal 01.01.2024 al 31.12.2024	100%
		personale in utilizzo in DCS	1		dal 01.01.2024 al 31.12.2024	100%

AREA SANITÀ

n°	Obiettivo	Strutture coinvolte / Aree	N° dipendenti potenziali	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
25	Collaborare alla realizzazione degli obiettivi del Piano Regionale Prevenzione	Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	3	Ronfani	01.01.24-31.12.24	100%

AREA COMPARTO

N°	Obiettivo aziendale	Strutture coinvolte	N° dipendenti potenziali 2024	coordinatore	decorrenza del progetto	% ragg
10	Garantire le attività necessarie allo sviluppo del nuovo sistema informatico realizzato per la gestione dei progetti di ricerca dell'IRCCS	Direzione Scientifica	2	Assanti	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
11	Coordinare le attività previste dal percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui servizi sanitari	2	Ronfani	01/01/2024 - 31/12/2024	100%
12	Sviluppare un modello di DPIA per la valutazione di impatto aziendale del trattamento dei dati personali nell'ambito degli studi retrospettivi dell'Istituto	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui servizi sanitari	1	Ronfani	01/01/2024 - 31/12/2024	100%



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Relazione sulla performance

Anno 2024

Allegato 3
Sintesi della performance individuale

La performance individuale nell'IRCCS Burlo Garofolo è inserita all'interno di un sistema di valutazione che coinvolge tutto il personale dipendente della dirigenza e del comparto, attraverso una scheda di valutazione che valuta l'attività e professionalità degli operatori (considerando la valutazione come fattore di valorizzazione e motivazione dei dipendenti) e che misura il loro contributo al raggiungimento della performance organizzativa. Il processo di valutazione individuale garantisce il contraddittorio dell'interessato con il valutatore.

Le schede di valutazione individuale sono distinte in 3 tipologie:

- comparto;
- dirigenza Area Sanità;
- dirigenza ATP.

È assicurato il collegamento diretto fra il raggiungimento degli obiettivi di budget di struttura e la valutazione individuale, mediante l'inserimento, all'interno della scheda di valutazione, di una voce relativa alla partecipazione del singolo agli obiettivi annuali.

Ciascun valutatore ha proceduto alla compilazione delle schede di valutazione relativa all'anno 2024, che ha condiviso con il personale valutato mediante colloqui individuali volti all'esplicitazione dei comportamenti/competenze tenuti nel corso dell'anno; tale valutazione è stata formalizzata con la consegna della scheda, completa di data e sottoscrizione del valutatore e del valutato, che ne attesta così la presa visione.

Le schede di valutazione pervenute sono della dirigenza Area Sanità e dirigenza PTA e del comparto.

L'Istituto è in possesso, alla data di redazione della Relazione della Performance, del 81% delle schede individuali del personale del Comparto, del 67,66% della Dirigenza area sanità e 100% dei soggetti valutabili della Dirigenza PTA (complessivamente 77%).

Un dipendente del Comparto non ha accettato la valutazione del Responsabile e quindi, in virtù dell'art. 5 del vigente Regolamento per la valutazione della performance individuale del Comparto Sanità, è stata avanzata istanza di riesame della valutazione della performance individuale a seguito della quale, in virtù del comma 2 del succitato articolo, il 30/6/2025 verrà esaminata la valutazione in argomento da un collegio di prima istanza costituito dal diretto Responsabile valutatore, dal superiore gerarchico del valutatore stesso e da un esperto di valutazione individuato nel Responsabile del Personale.

Gli esiti delle valutazioni, che vengono inseriti nel fascicolo personale del dipendente, sono indicati negli schemi sottostanti, che si basano su scale distinte a seconda dell'Area Contrattuale di appartenenza:

SCHEDE DIRIGENZA- AREA SANITÀ:

Per la dirigenza area sanità sono state previste due distinte schede di valutazione:

- SCHEDE DIRIGENZA AREA SANITÀ con responsabilità di budget
- SCHEDE DIRIGENZA AREA SANITÀ senza responsabilità di budget

Punteggio minimo: 0

Punteggio massimo: 10

Valutazione positiva: 60 punti

La scheda è composta da 7 items e ogni singolo punteggio della valutazione viene moltiplicato per un valore di pesatura.

Numero dirigenti area sanità da valutare: 201

Numero dirigenti valutati: 136

		Dirigenti area sanità	
		num.	%
ottima	Da 87 a 100	105	77,20%
media	da 73 a 86	30	22,05%
sufficiente	da 60 a 72	1	0,75%
NEGATIVA	Inferiore a 60	0	0%
Totale		136	100%

Per la **dirigenza ATP** sono state previste due distinte schede di valutazione:

- SCHEDA DIRIGENZA ATP con responsabilità di budget
- SCHEDA DIRIGENZA ATP senza responsabilità di budget

Punteggio minimo: 0

Punteggio massimo: 10

Valutazione positiva: 60 punti

La scheda è composta da 7 items per i dirigenti ATP con responsabilità di budget e 10 items per i dirigenti ATP senza responsabilità di budget e ogni singolo punteggio viene moltiplicato per un valore di pesatura.

Numero dirigenti ATP da valutare: 13

Numero dirigenti valutati: 13

Si comunica che l'ing. Francesca Berti ha prestato servizio in comando presso la Regione FVG nell'anno 2024 solamente per un mese e quindi la Regione ha considerato non valutabile per il succitato periodo la dipendente; la dott.ssa Valentina Rosolen ha prestato servizio in comando presso la Regione FVG per l'anno 2024.

Percentuale valutati 100 %

		Dirigenti ATP	
		num.	%
ottima	Da 87 a 100	13	100 %
media	da 86 a 73	0	0 %
sufficiente	da 72 a 60	0	0 %
NEGATIVA	Inferiore a 60	0	0%
Totale		13	100%

SCHEDA DEL PERSONALE DEL COMPARTO:

Per il personale del comparto sono state previste tre distinte schede di valutazione:

- CATEGORIA (tutte) - senza incarico
- CATEGORIA D/DS con incarico IO-IOC
- CATEGORIA D/DS con incarico professionale

La scheda è composta da 8 items.

Il soggetto valutatore attribuisce un punteggio da 1 a 6 ad ogni elemento di valutazione, dove:

1 = insufficiente

2 = non in linea alle attese

3 = sufficiente rispetto al ruolo assegnato

4 = discreto rispetto al ruolo assegnato

5 = superiore alle attese rispetto al ruolo assegnato

6 = eccellente

Punteggio minimo: 24

Punteggio massimo: 48

Valutazione positiva: 24 punti

Numero Comparto da valutare: 597

Numero Comparto valutati: 482

		Comparto	
		num.	%
ottima	da 40 a 48	409	84,85 %
media	da 31 a 39	66	13,69 %
sufficiente	da 24 a 30	7	1,45 %
NEGATIVA	inferiore a 24	0	0%
Totale		482	100%