



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Relazione sulla performance Anno 2025



Sommario

Premessa.....	3
1.1 L'attività del periodo.....	3
1.2 Gli obiettivi regionali.....	19
1.3 Qualità e appropriatezza	21
1.3.1 Il Piano Annuale dei controlli	21
1.3.2 Gli indicatori LEA e del Progetto Bersaglio	23
1.4 I risultati della ricerca.....	26
2. Analisi del contesto e delle risorse	34
2.1 Risorse, efficienza ed economicità.....	34
2.2 Le risorse umane	36
Tetto di spesa del personale	38
Percorsi di stabilizzazione del personale del comparto e della dirigenza.....	38
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	48
3.1 Misurazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti	48
3.2 Obiettivi correlati con fondi di risultato e premialità	49
3.2. 1 Obiettivi collegati all'anticorruzione e trasparenza e nuova tutela dei dati personali	50
3.4 Sintesi della performance individuale	52
4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2025	57
4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento.....	57
Allegati	58
Allegato 1: Livello di raggiungimento degli obiettivi collegati alla performance organizzativa - anno 2025	58
Allegato 2: Sintesi della performance individuale	61

Premessa

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2025 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 2025 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.

1.1 L'attività del periodo

ATTIVITÀ DI RICOVERO

I dati di attività esposti nei grafici e nelle tabelle successive evidenziano una certa variabilità nel periodo considerato, con un leggero decremento dei volumi nell'anno 2025 rispetto agli anni precedenti, in particolare dovuto al decremento dei day hospital, derivante principalmente dalla revisione dei setting assistenziali, con un conseguente miglioramento dell'appropriatezza. Tale andamento si inserisce in un contesto di stabilizzazione generale dei ricoveri, dopo il recupero osservato nel biennio successivo alla fase pandemica. Si registra invece un incremento del tariffato rispetto all'anno precedente, derivante principalmente dalla ripresa dell'attività chirurgica e dell'Oncoematologia.

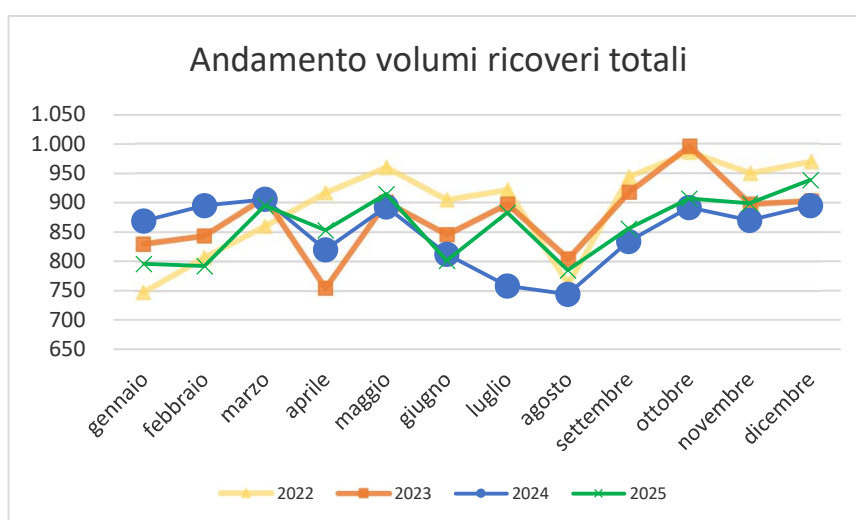


Figura 1. ANDAMENTO VOLUMI DI RICOVERO

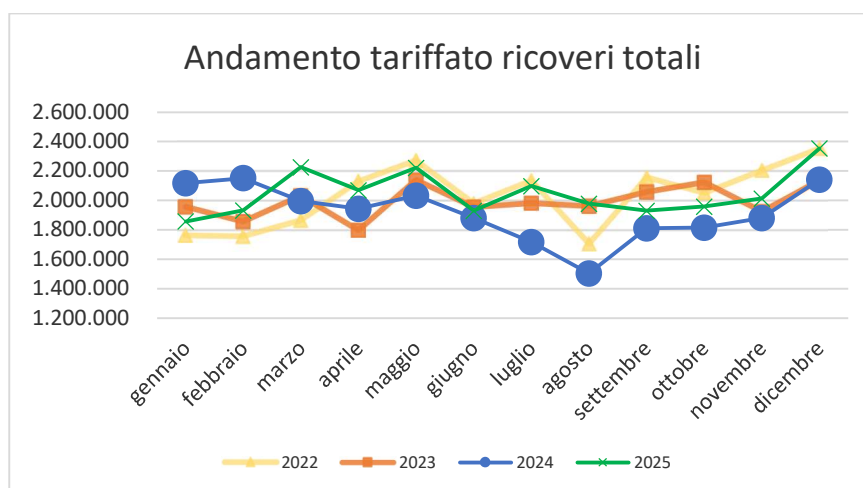


Figura 2. ANDAMENTO TARIFFATO RICOVERI TOTALI

SINTESI ATTIVITÀ OSPEDALIERA

ATTIVITÀ DI RICOVERO	anno 2022	anno 2023	anno 2024	anno 2025	Δ 2025/2024	Δ% 2025/2024	
Numero totale di ricoveri	10.660	10.463	10.162	10.321	159	2%	fonte SDO portale SISR
Numero totale di ricoveri senza DRG 391 (neonato sano)	9.732	9.548	9.225	9.445	220	2%	
Ricoveri ordinari	7.092	6.734	6.589	6.613	24	0%	
Ricoveri DH	3.568	3.729	3.573	3.708	135	4%	
Numero parti (fonte SDO)	1.519	1.365	1.376	1.374	-2	0%	
Giornate di degenza							
giornate di degenza RO	29.140	29.446	28.042	28.820	778	3%	fonte Qlik
giornate di degenza DH	5.526	5.695	5.637	5.818	181	3%	
Degenza media RO	4,17	4,53	4,07	4,22	0	4%	
Degenza media DH	1,55	1,52	1,58	1,57	0	-1%	
Tasso di occupazione RO	73%	80%	70%	73%			
Tasso di occupazione DH	77%	83%	82%	85%			

Tabella 1. SINTESI ATTIVITÀ OSPEDALIERA

AREA PEDIATRICA MEDICA

Il trend dei ricoveri eseguiti dalla struttura di Pronto soccorso e Pediatria d'urgenza registra un decremento dovuto principalmente alla riduzione degli accessi e successivi ricoveri per bronchiolite, grazie agli effetti positivi collegati alla campagna di immunizzazione e somministrazione della bronchiolite da RSV ai neonati e bambini nei primi sei mesi di vita in Friuli Venezia Giulia, iniziata nel corso del 2024 e riavviata anche nel l'ottobre 2025.

In continuità con il 2024, si evidenzia 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. La tabella riporta una sintesi dell'attività del Pronto Soccorso nel corso del periodo 2019-2025.

PRONTO SOCCORSO fonte BO - base dati SEI	anno 2022	anno 2023	anno 2024	anno 2025	Δ 2025/202 4	Δ% 2025/202 4
numero accessi	25.727	26.448	25.320	23.327	-1.993	-8%
numero accessi per triage						
<i>codice rosso</i>	94	65	102	82	-20	-20%
<i>codice arancione</i>	1.471	1.781	1.767	1.644	-123	-7%
<i>codice giallo</i>	394					
<i>codice azzurro</i>	6.767	8.964	9.492	8.280	-1.212	-13%
<i>codice verde</i>	9.690	9.352	9.724	8.850	-874	-9%
<i>codice bianco</i>	7.311	6.286	4.235	4.471	236	6%
numero osservazioni brevi	1.265	1.409	1.661	1.576	-85	-5%
tempo medio di attesa alla visita per codice triage						
<i>codice rosso</i>	00:09	00:08	00:10	00:08		
<i>codice arancione</i>	00:12	00:11	00:11	00:11		
<i>codice giallo</i>	00:12					
<i>codice azzurro</i>	00:35	00:33	00:33	00:32		
<i>codice verde</i>	00:41	00:43	00:43	00:40		
<i>codice bianco</i>	00:32	00:33	00:39	00:39		
ricoveri su totale accessi	870	815	830	711		
% ricoveri su totale accessi	3,38%	3,08%	3,28%	3,05%		
ricoveri su totale accessi suddiviso per triage						
<i>codice rosso</i>	49	31	50	43		
%	52%	48%	49%	52%		
<i>codice arancione</i>	263	303	292	240		
%	18%	17%	17%	15%		
<i>codice giallo (N)</i>	68					
%	17%					
<i>codice azzurro</i>	212	265	298	234		
%	3,13%	2,96%	3,14%	2,83%		
<i>codice verde (N)</i>	143	93	95	61		
%	1%	1%	1%	1%		
<i>codice bianco (N)</i>	135	123	95	133		
%	2%	2%	2%	3%		
numero indagini radiologiche richieste	6.431	6.195	6.244	6.044	-200	-3%

Tabella 2. sintesi attività del Pronto Soccorso (Fonte: SEI portale SISSR)

Rispetto al 2024, la Neuropsichiatria infantile ha registrato un decremento dei ricoveri sia diurni che ordinari. Si prolungano tuttavia alcuni ricoveri, anche a causa della mancanza di idonee strutture territoriali (sanitarie e/o socio-sanitarie) in grado di accogliere i pazienti nell'immediato post-ricovero. La permanenza dei pazienti all'interno dell'ospedale, laddove non vi siano più esigenze di cura, determina riflessi pregiudizievoli sulla qualità dell'assistenza e della sicurezza verso i piccoli pazienti, le famiglie/caregivers e gli operatori.

La Clinica Pediatrica registra un sostanziale mantenimento dell'attività di ricovero, con volumi in linea con quelli degli anni prepandemici.

Nell'ambito dell'Oncoematologia, già nel corso del 2024 è stato formalizzato il Programma Trapianti Metropolitano Giuliano-Isontino, diretto dal Direttore della SC Oncoematologia dell'Istituto. Il Programma ha realizzato tutti gli obiettivi prefissati anche nel corso del 2025, ed in particolare:

- integrazione ed armonizzazione dei protocolli clinici e dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi all'attività trapiantologica sia mediante la condivisione di un unico manuale di gestione sia attraverso riunioni quindicinali, avviate nell'agosto 2024, tra medici, infermieri e personale sanitario dei due Programmi Trapianto. Tale percorso contribuisce anche a favorire la transizione del paziente pediatrico verso i percorsi ematologici dell'età adulta;

- costituzione di un sistema di qualità unico per la gestione di processi, procedure e protocolli, con piani di audit, indicatori di performance e analisi dei rischi condivisi, in conformità agli standard CNT e FACT-JACIE, al fine di promuovere la sicurezza dei pazienti lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico del trapianto, attraverso una piattaforma informatica interaziendale condivisa;

- revisione periodica dei risultati di tutte le unità afferenti al Programma Trapianti Metropolitano con cadenza trimestrale e redazione di un unico report di attività;

- attivazione di un sistema unico di registrazione dei trapianti verso il Centro Nazionale Trapianti (CNT) e l'European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), che ha consentito di ottenere gli accreditamenti istituzionali CNT e GITMO, superando le criticità evidenziate negli anni precedenti nel mantenimento dei requisiti minimi quantitativi del programma pediatrico. In tale ambito, nell'aprile 2025 CNT e GITMO hanno rilasciato il nuovo certificato di riaccreditamento del Programma Trapianti, mentre nell'ottobre 2025 la visita ispettiva congiunta CNT/JACIE/DCSR non ha evidenziato criticità maggiori;

- realizzazione di un programma comune di formazione per il personale medico e infermieristico, finalizzato al mantenimento e allo sviluppo delle competenze professionali e all'innovazione dei processi assistenziali;

- prosecuzione e incremento dell'attività trapiantologica nel corso del 2025, anche grazie all'utilizzo della nuova piattaforma tecnologica Prodigy per la manipolazione del prodotto cellulare, che consente di ridurre i rischi infettivi e immunologici associati alla procedura trapiantologica.

Il grafico e la tabella sottoriportati evidenziano l'incremento dell'attività trapiantologica registrato nel corso del 2025.

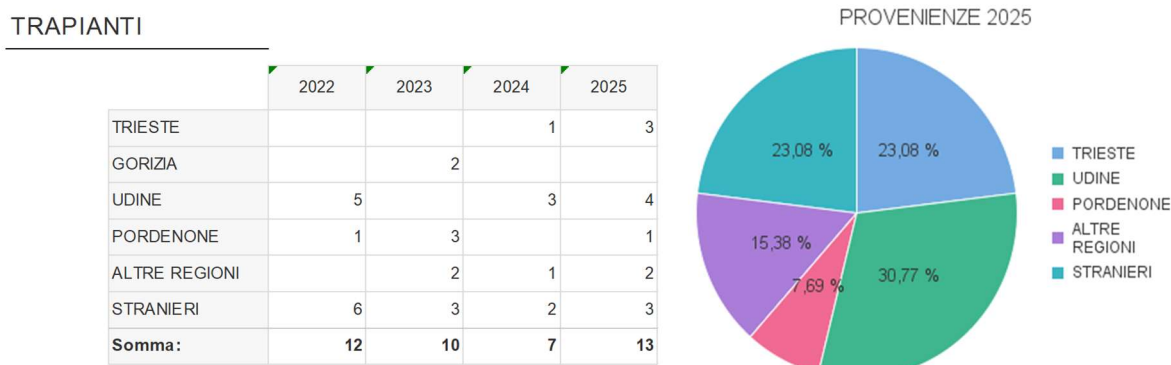


Tabella 3. Attività Trapianti: provenienze

L'attività di Terapia Intensiva Neonatale ha registrato un incremento dei ricoveri rispetto all'anno precedente in quanto il trend dei parti presso l'Istituto, nonostante la decrescita osservata a livello regionale e nazionale, si è mantenuto sostanzialmente stabile. È stata inoltre garantita l'attività di trasporto materno e neonatale, principalmente a supporto del punto nascita di Monfalcone e dell'area pordenonese.

Nel corso del 2025 è stato avviato il percorso di follow-up dei neonati prematuri a 5 e 8 anni di età, che verrà ulteriormente sviluppato nel corso del 2026.

È proseguito inoltre il percorso di accreditamento UNICEF, finalizzato alla promozione e alla protezione dell'allattamento e dell'alimentazione del bambino nei primi mille giorni di vita, nell'ambito delle attività del Percorso Nascita volte alla promozione della salute materno-infantile. Nel mese di ottobre 2025 si è svolta la visita di sostegno finalizzata alla valutazione del passaggio alla terza e ultima fase del percorso di accreditamento.

AREA CHIRURGICA PEDIATRICA

Nell'ambito della Chirurgia Pediatrica, i volumi di attività risultano in leggero calo rispetto all'anno precedente, mentre il tariffato si mantiene stabile, in quanto si registra un incremento del peso medio degli interventi effettuati.

L'attività chirurgica si svolge su due sedi: il blocco operatorio del Burlo e l'Ospedale di San Vito, dove vengono effettuate due sedute mensili in regime di Day Surgery. Complessivamente vengono operati circa 100 pazienti all'anno.

Già a partire dal 2022, nell'ambito del progetto dedicato al trattamento delle malformazioni vascolari, è stata introdotta la tecnica BEST (Bleomicina Elettroscleroterapia), attività che è proseguita e si è ulteriormente consolidata anche nel corso del 2025.

Nel 2025 si evidenziano, inoltre, alcune attività di particolare rilievo che confermano il progressivo sviluppo dell'offerta chirurgica specialistica dell'Istituto:

- in collaborazione con la prof.ssa Dobrinja (Chirurgia Generale - Clinica Universitaria di Trieste), il gruppo chirurgico dell'Istituto tratta tumori e malformazioni della tiroide e delle paratiroidi;
- in collaborazione con la Clinica Urologica dell'Università di Trieste vengono trattati pazienti adolescenti con calcolosi renale complessa mediante tecniche percutanee avanzate;
- prosegue il progetto dedicato all'utilizzo della chirurgia robotica in ambito pediatrico, supportato da un PDTA formalizzato e condiviso;
- è stato avviato un protocollo che prevede l'impiego del sistema LIPOGEM nel trattamento dell'incontinenza vescicale.

Nel contesto chirurgico si confermano inoltre alcuni ambiti di elevata specializzazione che rappresentano elementi distintivi dell'Istituto e che hanno mantenuto volumi di attività costanti, quali gli interventi di **impianto cocleare** e di **artrodesi vertebrale**, erogati a favore di pazienti sia regionali sia extraregionali.

In particolare, per quanto concerne la SC Ortopedia Pediatrica, la struttura si occupa principalmente della correzione chirurgica delle deformità vertebrali di qualsiasi eziologia in pazienti affetti da sindromi malformative e cromosomopatie, deformità congenite, patologie neurologiche e muscolari, con particolare e riconosciuta specializzazione nel trattamento dei pazienti di età inferiore ai 10 anni.

Il grafico e la tabella sottoriportati evidenziano il mantenimento dell'attività di artrodesi vertebrale nonché l'attrazione di pazienti extraregionali.

ARTRODESI

	2022	2023	2024	2025
TRIESTE	2	3	6	2
GORIZIA	1	1	1	1
UDINE	2	5	3	10
PORDENONE	3	3	5	2
ALTRE REGIONI	55	61	50	51
STRANIERI	2	3	2	
Somma:	65	76	67	66

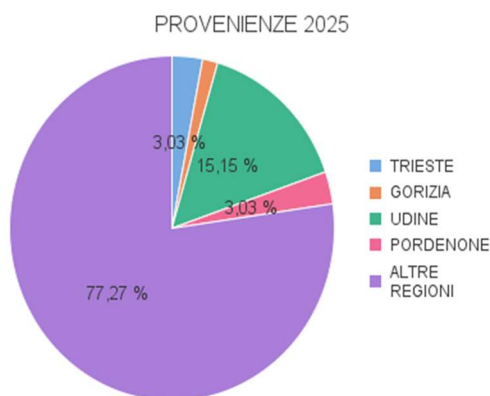


Tabella 4. Attività Artrodesi vertebrale: provenienze

Nel corso del 2025 la SC di ORL e Audiologia ha consolidato il proprio ruolo regionale e sovraregionale, registrando un significativo incremento dei ricoveri in Day Hospital e del relativo tariffato, nonché una crescita dei volumi complessivi di attività e della relativa valorizzazione economica.

L'attività di ricovero della SC Oculistica ha registrato un mantenimento dei volumi rispetto all'anno precedente, confermando la capacità di presa in carico della struttura. La SC rappresenta il Centro di Riferimento regionale per l'età pediatrica per alcune malattie rare in ambito oftalmologico, garantendo le prestazioni chirurgiche necessarie al loro trattamento.

Grazie all'acquisizione di nuove attrezzature sono stati implementati esami clinici e strumentali in sedazione, quali ERG ed OCT. Inoltre, l'introduzione del topografo corneale e del laser ha consentito di ampliare il trattamento del cheratocono mediante cross-linking, anche nei pazienti che necessitano di sedazione.

Il grafico e la tabella sottoriportati evidenziano i dati di attività relativi agli interventi di impianto cocleare.

IMPIANTI COCLEARI

	2022	2023	2024	2025
TRIESTE	2	1		2
GORIZIA			2	3
UDINE	4	4	1	1
PORDENONE	8	3	6	5
ALTRE REGIONI	9	11	9	10
STRANIERI		1	5	4
Somma:	23	20	23	25

PROVENIENZE 2025

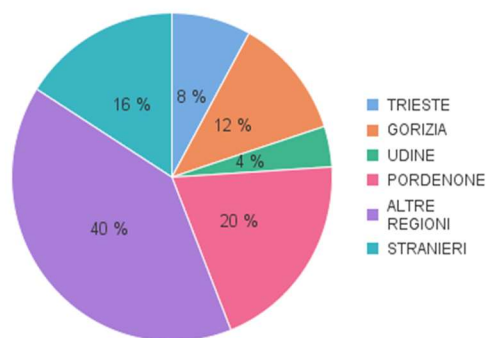


Tabella 5. Attività Impianti cocleari: provenienze

L'attività di Odontoiatria pubblica è stata garantita dalla SCU di Odontostomatologia Pediatrica, che ha mantenuto i volumi dell'anno precedente, attestandosi su valori superiori a quelli del 2019 e registrando contestualmente un significativo incremento del tariffato, correlato alla maggiore complessità delle prestazioni erogate.

Nel corso del 2025, a seguito del trasferimento presso l'Opera di San Giuseppe, l'attività è stata ulteriormente incrementata grazie all'acquisizione di quattro nuovi riuniti e al progressivo adeguamento del personale alle nuove dotazioni tecnologiche.

La SCU di Odontostomatologia è inoltre sede formativa della Scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica, del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria e del Corso di Laurea Triennale in Igiene Dentale dell'Università degli Studi di Trieste.

Il personale della struttura è inoltre coinvolto attivamente, in qualità di docente e tutor, nelle seguenti Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi di Trieste:

- Ortognatodonzia;
- Chirurgia Odontostomatologica.

L'attività chirurgica complessiva è risultata in incremento grazie al consolidamento della dotazione di personale della SC Anestesia e Rianimazione, avviato a partire dal mese di marzo. Tutte le strutture chirurgiche hanno beneficiato delle attività sviluppate dalla SC Anestesia e Rianimazione nel corso degli ultimi anni.

AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA

Nell'area ostetrico-ginecologica, l'analisi della cittadinanza delle partorienti evidenzia un quadro sostanzialmente in linea con gli anni precedenti. Come mostrato dai grafici sottostanti, nel 2025 la percentuale di parti da donne straniere si attesta al 24%, un valore superiore alla media italiana del 2024, pari al 20,5% (Rapporto CEDAP 2024).

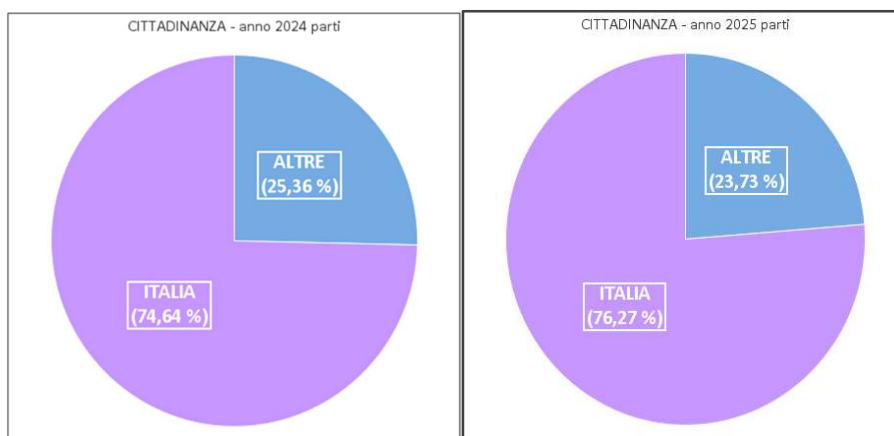


Tabella 6. cittadinanza delle donne dimesse per parto: confronto 2024 - 2025

Complessivamente i parti, nonostante il notevole decremento a livello nazionale, si sono mantenuti in linea con il dato dell'anno precedente. Il Burlo rappresenta infatti il centro di riferimento per la diagnosi prenatale, la gravidanza a rischio, l'oncologia ginecologica e la PMA per l'area giuliano-isontina. In ambito ostetrico è proseguito il percorso di integrazione multidisciplinare e di coordinamento tra il centro Hub e i presidi Spoke, nonché tra ospedale e territorio.

	2022	2023	2024	2025	Δ 2025 / 2024	$\Delta\%$ 2025 / 2024
dimissioni con DRG di PARTO	1519	1365	1376	1374	-2	-0,15%
(di cui) cesarei	280	264	307	315	8	2,61%

Tabella 7. : Sintesi parti

La crescente complessità assistenziale, tipica del terzo livello ostetrico garantito dalla SSD Gravidanza a Rischio, non ha influito sul tasso di tagli cesarei, che si mantiene stabilmente ben al di sotto degli standard nazionali. Si conferma inoltre la tendenza alla riduzione dell'episiotomia, mentre il tasso di parti operativi (forcipe/ventosa) mostra un leggero incremento, aspetto che continuerà a essere oggetto di monitoraggio.

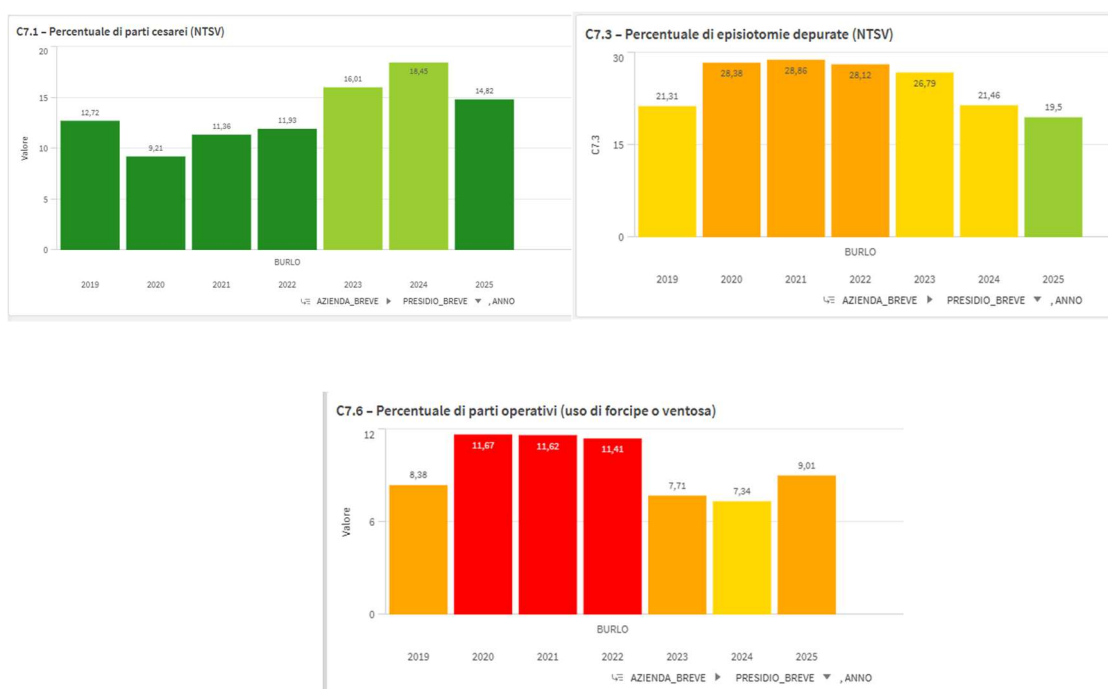


Tabella 8. Indicatori Bersaglio- confronto anni

Presso la SSD Gravidanza a Rischio avviene la presa in carico delle gravidanze ad alto rischio con un approccio multidisciplinare, in collaborazione con le strutture di ASUGI, fin dall'epoca preconcezionale. Il numero degli accessi per gravidanze ad alta complessità è in progressivo aumento (2023: 1.153; 2024: 1.160; primi 6 mesi 2025: 610).

Alla SSD afferiscono inoltre gli ambulatori del Day Hospital ostetrico e della gravidanza a termine, dedicati alla presa in carico, al monitoraggio, alla gestione e alla definizione del piano del parto secondo le linee di indirizzo nazionali e regionali. Anche queste attività evidenziano un incremento (2023: 2.131 accessi; 2024: 2.193; primi 6 mesi 2025: 1.203).

Sono stati elaborati diversi PDTA dedicati alla gravidanza ad alto rischio, con programmazione della loro condivisione a livello regionale. La Struttura è referente regionale, in qualità di centro Hub, per la formazione degli operatori nella gestione delle emergenze ostetriche e nella sorveglianza del benessere fetale in travaglio. Partecipa inoltre ai progetti e ai programmi di sorveglianza della mortalità materna coordinati dall'Italian Obstetric Surveillance System del Ministero della Salute.

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 di II livello, quali trasfusioni in utero, terminazioni selettive, cistocentesi e toracocentesi. La presa in carico della paziente e del feto è garantita da un team multidisciplinare costituito da specialisti esperti in problematiche materno-fetali, tra i quali radiologi con avanzate competenze in risonanza magnetica fetale. Tale sinergia garantisce la gestione delle malformazioni e delle patologie fetali. L'attività della Struttura è in costante crescita.

Per quanto concerne la SCU Clinica Ostetrico-Ginecologica, presso il Burlo è garantita l'attività ginecologica. Nel 2025 il numero di interventi di chirurgia maggiore è risultato leggermente inferiore rispetto al 2024, ma il tariffato ha registrato un incremento, indicando un aumento della complessità della casistica trattata. Si è invece verificata una riduzione degli interventi di chirurgia minore, determinata dalla riduzione delle sedute assegnate e dalla parallela politica di trasferimento delle procedure isteroscopiche operative dalla sala operatoria all'ambulatorio chirurgico. Ciò consente di liberare spazi per gli interventi maggiori e di ridurre l'impiego di risorse umane, attrezzature e posti letto. Come già rappresentato anche in sede regionale, sarebbe necessario avviare un confronto per una più coerente valorizzazione delle suddette prestazioni. Va inoltre considerato il progressivo passaggio delle procedure di IVG dal regime di ricovero a quello ambulatoriale e il contestuale aumento della quota di IVG farmacologiche.

Nell'ambito dell'oncologia ginecologica, settore in continua espansione che opera attraverso un'équipe multidisciplinare dedicata composta da ginecologi, anatomopatologi, oncologi, radiologi, radioterapisti e genetisti, sono stati garantiti i tempi di attesa per gli interventi relativi ai tumori dell'utero.

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

In tal senso, la Struttura coordina le attività del Gruppo Oncologico Ginecologico, già costituito con ASUGI, al fine di ottimizzare i percorsi assistenziali nell'interesse esclusivo delle pazienti. Come previsto dal Piano della Rete Oncologica Regionale, nel corso del 2026 si procederà alla formalizzazione del gruppo multidisciplinare.

La mission del gruppo è la completa presa in carico delle donne affette da tumori ginecologici, a partire dal sospetto diagnostico fino ai trattamenti terapeutici integrati, chirurgici, medici e radioterapici, nonché al successivo follow-up clinico e strumentale.

Tale attività si concretizza attraverso PDTA condivisi, specifici per singola patologia (carcinoma della cervice, dell'endometrio, della vulva, dell'ovaio e sarcomi uterini), periodicamente revisionati e aggiornati sulla base delle evidenze scientifiche e delle linee guida nazionali e internazionali.

All'interno del Dipartimento, le performance diagnostico-terapeutiche in ginecologia oncologica sono ottimizzate dall'attività sinergica svolta con la SS di Ecografia Ginecologica Avanzata, la SS di Isteroscopia Ginecologica e la SC di PMA. In tal senso, per le giovani pazienti desiderose di prole vengono attivati percorsi dedicati da parte di un team multidisciplinare composto da ginecologo oncologo, medico della PMA e oncologo medico, al fine di garantire, ove possibile, opzioni terapeutiche mediche e chirurgiche di preservazione della fertilità.

In ambito chirurgico è stato ulteriormente implementato l'approccio mini-invasivo anche in oncologia, mediante l'acquisizione di laparoscopi 3D e l'utilizzo della chirurgia in fluorescenza per la tecnica del linfonodo sentinella nel trattamento del tumore dell'endometrio e della cervice. La dotazione tecnologica è stata consolidata e implementata per offrire alle pazienti trattamenti chirurgici efficaci, sicuri e in linea con le linee guida nazionali. È inoltre di prossima realizzazione l'aggiornamento della seconda sala operatoria ginecologica, con la creazione di una sala operatoria integrata.

Presso la Struttura sono operativi numerosi ambulatori specialistici, tra cui quello dedicato all'infanzia e all'adolescenza. Il servizio, unico in regione, opera in collaborazione con i pediatri e si occupa delle anomalie congenite del tratto genitale femminile e delle patologie endocrinologiche con interessamento ginecologico.

Sono attivi gruppi multidisciplinari dedicati all'oncologia ginecologica, all'endometriosi e alla patologia del pavimento pelvico. Per ciascuno di questi ambiti sono in continuo sviluppo tecniche operatorie dedicate e sono disponibili strumentazioni chirurgiche all'avanguardia. Per le donne affette da endometriosi è garantita la completa presa in carico, dalla diagnosi al trattamento e al follow-up, compresi i percorsi di PMA.

La SCR di Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita rappresenta un riferimento per il Nord-Est per gli studi collaborativi del Registro Nazionale PMA dell'Istituto Superiore di Sanità e contribuisce alla stesura di linee guida ministeriali in materia di PMA. È inoltre riferimento per la preservazione della fertilità dei pazienti oncologici dell'IRCCS e di ASUGI.

L'attività della Struttura viene erogata esclusivamente in regime ambulatoriale. Il confronto con l'attività dell'anno precedente risulta complesso poiché dal 1° gennaio 2025 è entrato in vigore il nuovo nomenclatore tariffario. Tuttavia, si registra un incremento delle prestazioni più complesse relative alla fecondazione in vitro. Si osserva invece una contrazione dell'attività del laboratorio di seminologia, dovuta principalmente alla prolungata assenza di una biologa.

È stato inoltre segnalato alla referente regionale per la PMA che il rimborso di alcune prestazioni del laboratorio di seminologia risulta pari al 70-80% dei costi sostenuti.

L'attività di oncofertilità, riconosciuta da delibera regionale, è in significativo incremento e meriterebbe una specifica valorizzazione nell'ambito della programmazione e della rendicontazione delle attività.

Nel corso del 2025 è stato ristrutturato il laboratorio di fecondazione in vitro con annessa sala di crioconservazione, dotata di sistemi di stoccaggio per embrioni, ovociti e liquido seminale.

È stata inoltre ampliata e potenziata la dotazione tecnologica del laboratorio di fecondazione in vitro, in particolare mediante l'acquisizione del sistema Embryoscope, che consente di monitorare e valutare in tempo reale lo sviluppo embrionale.

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Nel 2025 le prestazioni ambulatoriali complessive evidenziano un lievissimo calo dei volumi rispetto al del 2024, a fronte di un incremento del tariffato complessivo.

Tale aumento è direttamente correlato all'introduzione del nuovo nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali, che ha comportato la riclassificazione di numerosi codici e l'aggiornamento delle relative tariffe.

Ne è derivata una riduzione apparente del numero di prestazioni erogate e, parallelamente, un aumento del valore economico complessivo, senza variazioni sostanziali del livello produttivo o dell'attività assistenziale.

L'incremento del tariffato riguarda in particolare le aree diagnostiche e di laboratorio, nonché alcune attività specialistiche pediatriche e chirurgiche.

L'andamento conferma la tenuta complessiva dei volumi e il buon livello di efficienza organizzativa delle strutture, nonostante le modifiche intervenute nel sistema di codifica.

Nel corso del 2025 si è inoltre consolidato il potenziamento delle attività ambulatoriali presso i nuovi spazi dell'Opera San Giuseppe, con particolare riferimento alla S.C.U. Odontostomatologia pediatrica.

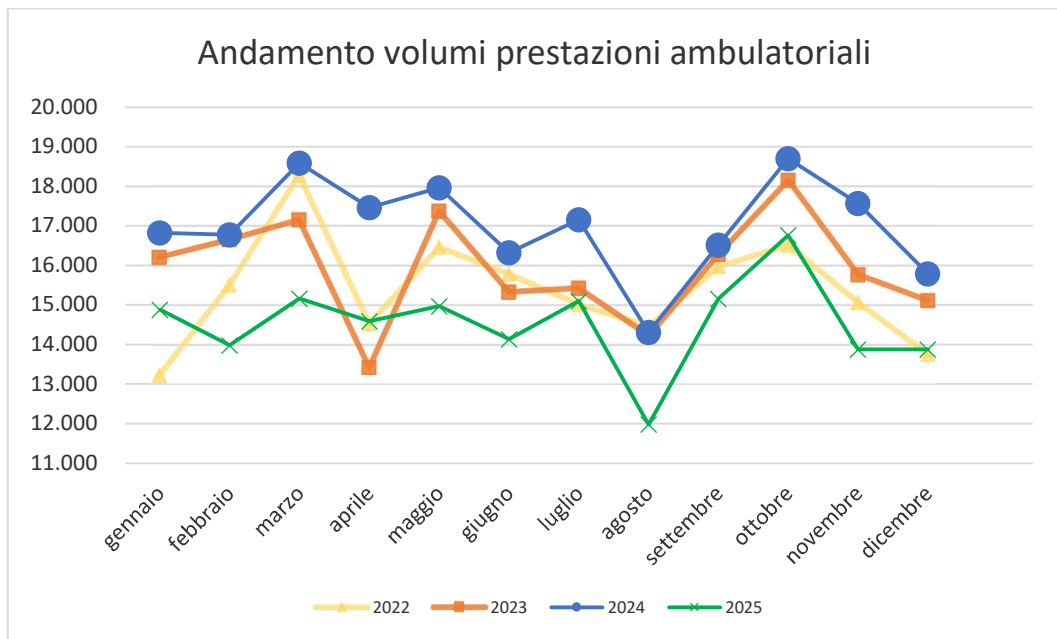


Tabella 9. Andamento volumi prestazioni ambulatoriali

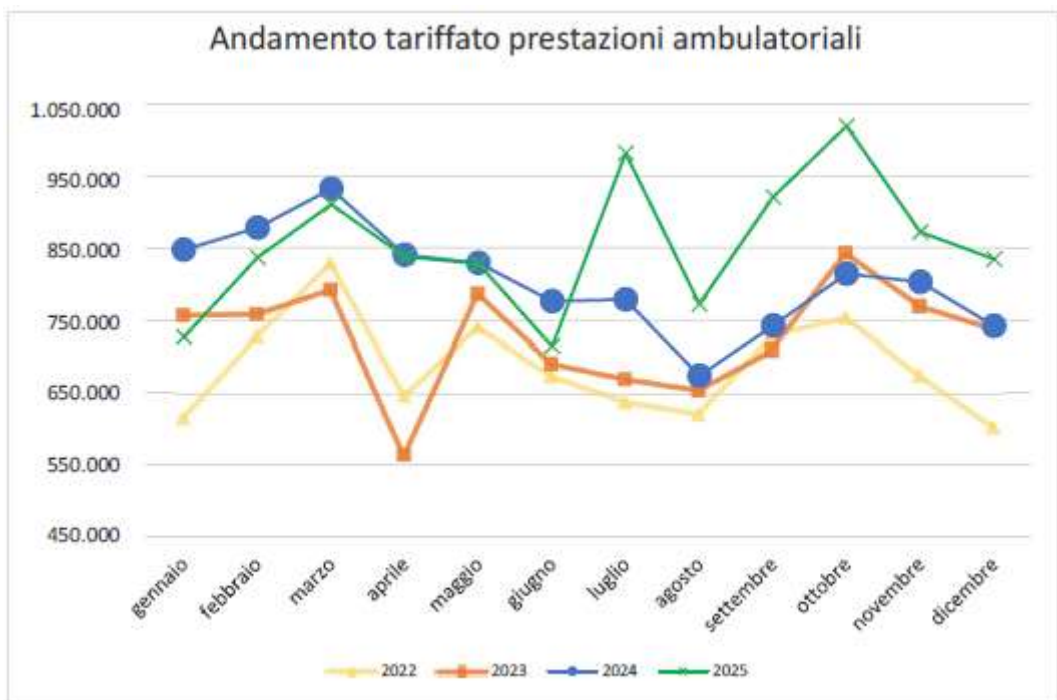


Tabella 10. Andamento tariffato prestazioni ambulatoriali

Per l'area pediatrica medica, 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.

In particolare nell'ambito dell'immunologia, negli ultimi anni c'è stato un costante incremento delle visite immunologiche con richiamo anche extraregionale, soprattutto per condizioni di interfaccia tra immunologia e reumatologia. Queste attività si avvalgono della posizione di ponte

dell'immunologia tra i settori della reumatologia e dell'ematologia e si avvale della disponibilità di un laboratorio assistenziale e di ricerca dedicato. In particolare, grazie a questa attività, il Burlo si pone tra le strutture di riferimento nazionali nell'ambito delle malattie autoinfiammatorie e immunodisregolatorie in pediatria. Questa specificità ha trovato concretizzazione nella recente istituzione della Struttura Semplice di “Clinica, cura e ricerca sulle immunodeficienze”.

È proseguita nel corso del 2025, 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. È proseguito nel corso del 2025, nell'ambito di una sperimentazione clinica, un programma di screening neonatale della SMA, che coinvolge anche i nati presso l'ospedale di Monfalcone. Sono in corso interlocuzioni con la DCS al fine di dare attuazione, su tutto il territorio regionale a quanto previsto dalla DGR 1991/2024 relativamente agli screening neonatali e prenatali attivi nella Regione Friuli Venezia Giulia.

Dal 2020 al 2024, il centro regionale Cure Palliative ha implementato le seguenti attività: coordinamento della Rete regionale CPP; formazione sul campo e residenziale, in particolare con il personale del territorio per promuovere ed agire la continuità ospedale/territorio in CPP specialistiche; stesura del Piano di Rete regionale CPP. Le principali attività assistenziali sviluppate sono state: consulenza e supervisione su tutto il territorio regionale per bambini in CPP specialistiche, gestione e supporto del fine vita a domicilio su tutto il territorio regionale, erogazione di attività specialistiche a domicilio (es. cambio cannula tracheostomica, cambio bottone gastrostomico, terapia con bifosfonati), supporto al Servizio galenici per la prescrizione, fornitura e somministrazione di farmaci galenici. A fine 2023, sono stati attivati, in accordo con ASUGI, così come previsto dalle linee di gestione 2023, 2 posti letto di hospice pediatrico, e sono stati utilizzati per l'attività di ricovero nel corso del 2024. Nel 2025 sono stati effettuati alcuni ricoveri hospice, il cui rimborso verrà chiesto alle aziende territoriali dei pazienti, in analogia al percorso seguito per gli adulti.

Pur rappresentando una quota limitata dei casi di asma in età evolutiva, l'asma grave comporta un elevato impatto assistenziale e un significativo utilizzo di risorse sanitarie. In tale ambito, nel 2025 è stato elaborato e nel 2026 formalizzato il PDTA regionale per la gestione del

paziente con asma grave (DGR n. 416 del 27.03.2026), che individua l'IRCCS Burlo Garofolo quale centro di coordinamento regionale per l'età pediatrica.

La struttura dispone delle principali strumentazioni necessarie alla diagnosi e al follow-up dell'asma grave, tra cui spirometria semplice e globale, misurazione del FeNO, prova da sforzo per test di broncprovocazione e test allergologici. L'ambulatorio si avvale inoltre di un approccio multidisciplinare che coinvolge professionisti con competenze specifiche in ambito pediatrico, tra cui pneumologi, allergologi, otorinolaringoiatri, dermatologi, gastroenterologi, immunologi, fisioterapisti respiratori e psicologi, oltre alla presenza di personale infermieristico dedicato.

I professionisti della struttura possiedono consolidata esperienza nella prescrizione e nella gestione dei farmaci biologici autorizzati per il trattamento dell'asma grave in età pediatrica, operando in stretta collaborazione con il Servizio di Farmacia ospedaliera.

Si registra un notevole incremento nell'ambito dell'endocrinologia dove si è assistito ad un aumento dei casi di pubertà precoce con miglioramento dei test diagnostici e impiego dell'ecografia pelvica di secondo livello in collaborazione con il servizio di ginecologia pediatrica con cui esiste una collaborazione anche per i casi di amenorrea primaria e secondaria. Sono aumentati i casi seguiti per deficit dell'ormone della crescita dove da circa un anno e mezzo viene utilizzato anche il GH long acting a somministrazione settimanale. Alcuni casi specifici di scarsa crescita sono seguiti in collaborazione con il servizio di genetica per ricercare alterazioni di geni coinvolti nelle basse stature

Per l'area chirurgica pediatrica, negli ultimi anni, sono state avviate diverse iniziative per sviluppare l'attività chirurgica e ampliare l'offerta clinica. La Chirurgia gestisce da tempo diversi ambulatori generali e specialistici, compresi quelli di San Vito e Pordenone, attivati per essere più vicini ai pazienti del territorio. Per rispondere in modo più adeguato a richieste cliniche sempre più complesse, sono state potenziate sia l'attività ambulatoriale sia la diagnostica funzionale gastroenterologica e urologica. Inoltre, per affrontare il tema della transizione, sono stati avviati ambulatori condivisi con i colleghi di Cattinara.

Le attività attualmente operative o in fase di programmazione sono le seguenti:

- Ambulatorio interdisciplinare uro-nefrologico con la Clinica Pediatrica;
- Ambulatorio interdisciplinare chirurgico-gastroenterologico con la SSD di Gastroenterologia Pediatrica;
- Ambulatorio per la manometria intestinale, con esami eseguiti anche per pazienti adulti. La Chirurgia del Burlo è l'unica struttura regionale che offre questo servizio di elevata specializzazione grazie ad apparecchiature moderne e avanzate;
- Ambulatorio di transizione per pazienti con patologie di interesse urologico, in collaborazione con la Clinica Urologica dell'Università di Trieste;

- Ambulatorio dedicato alle malformazioni vascolari, con un numero di pazienti in costante aumento;
- Consulenza in diagnosi prenatale.

Nel corso del 2025 la SC di ORL e Audiologia ha consolidato il proprio ruolo regionale e sovraregionale. Le prestazioni ambulatoriali erogate a pazienti provenienti da fuori regione, pari a circa il 24% del totale, confermano l'attrattività dell'Unità Operativa per la diagnosi e il trattamento delle sordità infantili e delle patologie ORL complesse.

Parallelamente, è proseguita con successo la gestione del programma di screening uditivo neonatale universale e della sorveglianza audiologica regionale. Una migliore organizzazione degli ambulatori e il rientro di una figura audiometrica hanno consentito di rispettare pienamente le tempistiche internazionali previste per la valutazione dei neonati a rischio. Anche la telemedicina è stata utilizzata per i follow-up audiologici, contribuendo ad alleggerire alcuni flussi ambulatoriali e a migliorare l'accessibilità alle prestazioni.

Nel 2025 la struttura ha avviato i percorsi di telemedicina, in particolare per i bambini con apparecchi acustici e impianti cocleari, per l'attivazione di programmi di tele-riabilitazione logopedica e di controlli ORL per bambino con patologia OSA: tali percorsi verranno consolidati nel corso del 2026, non appena sarà implementata la relativa piattaforma.

Per l'area di diagnostica avanzata, si registra un decremento complessivo dell'attività di laboratorio per pazienti esterni, principalmente collegato all'applicazione del nuovo nomenclatore a partire dal 1° gennaio 2025. Tale riduzione è stata in parte compensata dalla ripresa delle analisi relative alle malattie sessualmente trasmesse, dalle attività di tossicologia forense svolte in convenzione con ASUGI e dal consolidamento e dall'introduzione nella pratica laboratoristica di tecniche diagnostiche innovative e avanzate.

Nonostante la riduzione dei volumi, si registra un incremento del tariffato, dovuto all'applicazione del nuovo nomenclatore e all'aumento dell'erogazione di prestazioni a maggiore complessità, principalmente nell'ambito della Genetica Medica.

La struttura di Microbiologia ha mantenuto la propria attività e ampliato l'offerta diagnostica, soprattutto attraverso l'introduzione 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 (IST) e Centro Sentinella per il monitoraggio e la prevenzione delle IST per l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute, con particolare attenzione alle fasce giovanili e alle donne in gravidanza.

Un contributo rilevante è rappresentato dall'impegno nella lotta all'antibiotico-resistenza in ambito pediatrico e nella sorveglianza ambientale del microbioma ospedaliero e del relativo resistoma, valutandone in tempo reale l'impatto sul paziente. La gestione della pandemia da COVID-19, in particolare nei pazienti pediatrici, ha favorito lo sviluppo e l'adozione, in ambito assistenziale, di nuovi approcci diagnostici finalizzati alla diagnosi differenziale delle infezioni e al riconoscimento simultaneo delle resistenze microbiche, compresi i ceppi MDR, contribuendo a una terapia mirata e personalizzata in tempi rapidi.

L'esperienza maturata nei settori della microbiologia pediatrica, ginecologica e delle malattie sessualmente trasmesse ha portato al riconoscimento dell'expertise diagnostica, di ricerca e formativa del laboratorio sia a livello nazionale sia internazionale, coinvolgendo la struttura nella redazione di documenti, linee guida e percorsi di counselling per il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e diverse società scientifiche nazionali e internazionali.

La struttura di Laboratorio di Diagnostica Avanzata e Traslazionale ha continuato a garantire l'esecuzione del test di screening per la fibrosi cistica nell'ambito di un programma organizzato e coordinato dal Burlo su indicazione della Regione, che coinvolge tutti i punti nascita del Friuli Venezia Giulia. Il programma prevede, oltre all'esecuzione del test di screening, la conferma diagnostica mediante test genetico, la valutazione clinica e la presa in carico dei casi positivi da parte del Centro Regionale Fibrosi Cistica dell'Istituto.

L'attività della SC Genetica Medica è stata caratterizzata da un aumento del numero delle prestazioni, sia cliniche sia diagnostiche, da una costante implementazione tecnologica e organizzativa dei percorsi assistenziali e da una conseguente significativa riduzione dei tempi di refertazione.

Per quanto riguarda la SCR Radiologia Pediatrica, grazie all'assunzione a tempo determinato di un nuovo dirigente medico e al ripristino dell'organico, non si è più reso necessario il ricorso a dirigenti medici forniti da cooperative per la copertura parziale delle pronte disponibilità.

Ciò ha consentito, nel corso del 2025, un incremento dell'attività complessiva, accompagnato da un ottimo rispetto dei tempi di attesa. Tuttavia, a causa dell'introduzione del nuovo nomenclatore regionale, tale incremento non risulta pienamente evidente né in termini di numero di prestazioni né di tariffato.

1.2 Gli obiettivi regionali

I risultati sanitari raggiunti nel 2025 relativi agli obiettivi regionali ed aziendali, di cui alla DGR 2052/2024, sono stati rendicontati ad ARCS e DCS contestualmente al bilancio d'esercizio ed alla

Relazione sulla Gestione 2025, adottato con decreto n. 141 del 30/04/2026 – in fase di valutazione e consolidamento da parte della Regione.

I risultati raggiunti relativi agli obiettivi collegati al patto tra Regione e Direttori Generali relativi all'anno 2025, di cui alla DGR 1114 del 08/08/2025, sono stati rendicontati, in forma di autovalutazione, ad ARCS e DCS contestualmente al bilancio d'esercizio ed alla Relazione sulla Gestione 2025, adottati con decreto n. 141 del 30/04/2026 - in fase di valutazione e consolidamento da parte della Regione.

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

Linee progettuali 2025	Attività parzialmente realizzata	Attività realizzata	Richiesta stralcio	Totale complessivo
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni		4		4
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive		1		1
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica		5	1	6
1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita		2		2
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza		2		2
1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano		2		2
1.5.1 Screening Cervice Uterina			1	1
10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG		3		3
10.1 Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017		1		1
10.1 Global Trigger Tool		1		1
10.1 Indicatori AHRQ		1		1
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio		1		1
10.1 Mantenimento delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione		1		1
10.1 Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)			2	2
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni		10		10
10.1 Violenza sull'operatore		2		2
10.2 Accreditamento		9	1	10
10.4 Gestione della logistica di reparto e attività di sperimentazione			1	1
10.6 Analisi economica, di fattibilità e opportunità su ipotesi di attività di consegna a domicilio di ausili monouso			1	1
11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione		3		3
3.3 Disabilità		1		1
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica		7		7
3.4 Minori			1	1
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	1	2		3
4.2 Assistenza materno infantile	1	2		3
4.3 Trapianti e donazioni			1	1
5.10 Dispositivo-vigilanza		4	1	5
5.11 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici		1		1
5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	2			2
5.13 Linee guida per l'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate		1		1
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica		5		5
5.5 Farmacovigilanza		1		1
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatelyzza e economicità della gestione farmaceutica		3		3
5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici		2		2
8.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)		2		2
8.2.2 La Relazione annuale regionale		1		1
9.6.2 Programmazione 2026		1		1
A.1 Rete oncologica		1		1
A.2.10 Rete neonatologica e punti nascita		1		1
A.2.11 Rete pediatrica		2		2
A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale			3	3
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraccollamento del Pronto soccorso	1	4		5
A.2.5 Rete Cure palliative		1		1
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale		1		1
C.1 Governo della domanda e appropriatelyzza (RAO)		1		1
C.3.1 Monitoraggio periodico andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	2			2
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica		1		1
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	2	2		4
Totale complessivo	9	95	13	117

Tabella 11. Linee di Gestione 2025: dettaglio esiti

Si riporta nel grafico successivo la composizione complessiva degli esiti sul raggiungimento degli obiettivi assegnati.



Tabella 12. Esiti % di raggiungimento: Attività realizzata (81%), Attività parzialmente realizzata (8%), Richieste stralcio (11%)

1.3 Qualità e appropriatezza

Le attività di controllo previste dalla DGR n. 1006 del 30/06/2023, avente ad oggetto “LR 22/2019, art 66. Criteri e modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalle Strutture pubbliche e dalle Strutture private accreditate. Approvazione”, e dalla DGR 346/2025, avente ad oggetto “LR 22/2019, art. 66. Controlli sulle prestazioni erogate. Piano annuale dei controlli sull’attività svolta nell’anno 2024. Approvazione”, sono garantite da ogni singola struttura e dall’Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici, ognuna per la propria parte di competenza, e supervisionate dal Nucleo aziendale per i controlli delle prestazioni, i cui compiti e componenti sono stati definiti con Decreto DG n. 149 del 29/12/2020.

1.3.1 Il Piano Annuale dei controlli

Il controllo dell’appropriatezza e della qualità delle prestazioni (di ricovero ed ambulatoriali) erogate prevede le attività riportate qui di seguito.

A. Controllo di qualità della cartella clinica

Il sistema di audit e controllo della documentazione clinica è strutturato e attivo in modo continuativo fin dal 2004. La valutazione viene effettuata con cadenza annuale attraverso una metodologia di campionamento casuale stratificato, che seleziona circa il 5% delle cartelle cliniche sul totale dei ricoveri effettuati. L’attività di controllo è finalizzata a verificare la corretta tenuta, la leggibilità, la rintracciabilità e la completezza della cartella in ogni sua parte (diario clinico, scheda infermieristica, foglio di terapia, consensi informati e lettera di dimissione), misurandone la conformità rispetto agli standard aziendali e ai requisiti regionali di riferimento (Indicatori della Documentazione clinica – Rete Cure Sicure del FVG).

B. Controlli sulle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale

In conformità alla normativa e alle direttive della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, l'Istituto, in qualità di IRCCS, effettua i controlli interni sulle prestazioni erogate al fine di garantire la qualità delle cure, l'appropriatezza clinico-organizzativa e la corretta gestione delle risorse.

Le attività di controllo riguardano la corretta codifica delle diagnosi e delle procedure secondo il sistema ICD-9-CM, la congruità del regime assistenziale adottato, il rispetto delle condizioni di erogabilità delle prestazioni, la corretta applicazione delle esenzioni previste dal DPCM 12 gennaio 2017, la gestione delle liste di attesa e l'applicazione delle classi di priorità per ricoveri e prestazioni ambulatoriali.

Particolare attenzione viene inoltre posta alla corretta tracciabilità delle prestazioni erogate nell'ambito di protocolli di ricerca, garantendo la distinzione tra attività assistenziale e attività di ricerca, in coerenza con la specificità dell'Istituto quale IRCCS.

B. 1 Controlli sulle prestazioni di ricovero

L'attività di verifica sulle prestazioni di ricovero è effettuata con cadenze differenziate (giornaliere e mensili). I controlli riguardano in particolare i Day Hospital diagnostici e ad alto rischio di inappropriatezza, i DRG medici in ambito chirurgico, i DRG malformati, i ricoveri ordinari complessi a breve degenza, il percorso nascita (parti complicati, tagli cesarei e neonati) e le casistiche chirurgiche di maggiore complessità, con particolare attenzione agli interventi ad elevata specializzazione e ai casi che presentano criticità di codifica o di valorizzazione tariffaria.

Le verifiche sono finalizzate ad accertare la correttezza della codifica delle diagnosi e delle procedure, la congruità del regime assistenziale adottato e la qualità dei dati trasmessi nei flussi informativi regionali. Vengono inoltre effettuati controlli a campione sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) inserite dalle diverse specialità, al fine di individuare e correggere tempestivamente eventuali incongruenze, nonché verifiche specifiche richieste dalla Regione nell'ambito della mobilità sanitaria interregionale e delle relative contestazioni.

B. 2 Controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale viene garantito un monitoraggio continuo delle prescrizioni attraverso i sistemi informativi aziendali, con particolare riferimento alla correttezza prescrittiva, all'applicazione delle esenzioni e all'attribuzione delle classi di priorità.

In presenza di non conformità prescrittive viene attivata una procedura di regolarizzazione che prevede il coinvolgimento del medico prescrittore e l'aggiornamento della documentazione amministrativa, al fine di garantire la corretta erogazione della prestazione e ridurre il rischio di errori prescrittivi.

C. Controlli di appropriatezza organizzativa

L'Istituto verifica l'appropriatezza del setting assistenziale rispetto a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dagli indicatori di monitoraggio regionale, promuovendo l'utilizzo del regime assistenziale più appropriato in relazione alle condizioni cliniche del paziente.

D. Controlli di appropriatezza clinica

L'attività di controllo dell'appropriatezza clinica viene effettuata in relazione alle principali attività assistenziali dell'Istituto.

Per l'attività di ricovero, i controlli riguardano in particolare l'area materno-infantile, con monitoraggio degli indicatori relativi all'evento parto, ai tagli cesarei e alle induzioni farmacologiche.

Per l'attività ambulatoriale vengono effettuate verifiche periodiche sulla corretta attribuzione delle classi di priorità e sull'applicazione dei criteri previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) e dal sistema dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), in coerenza con le indicazioni regionali e nazionali.

1.3.2 Gli indicatori LEA e del Progetto Bersaglio

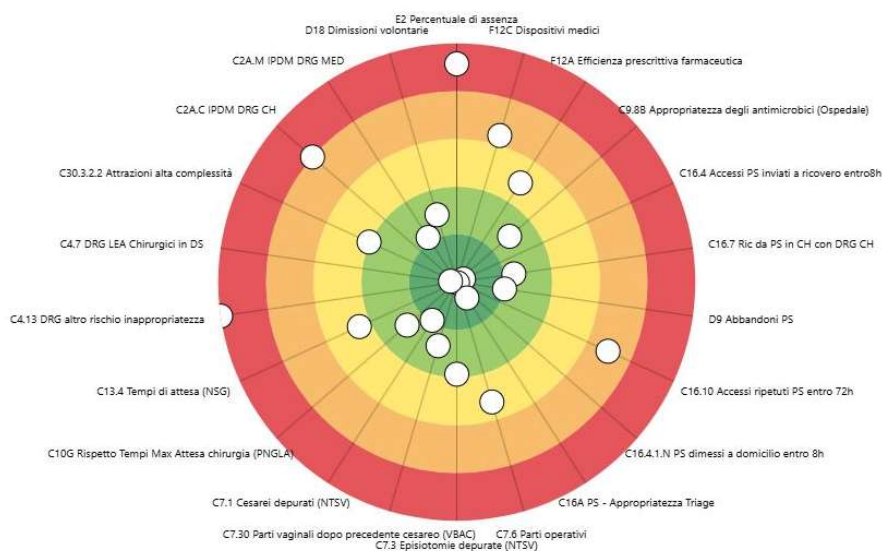
La Regione Friuli Venezia Giulia ha iniziato un'attività di monitoraggio degli indicatori di erogazione dei LEA in modo sperimentale a partire dal 2013 e in modo più sistematico dal 2014. Nel corso del 2015, sono stati integrati da ulteriori indicatori di performance, elaborati dalla Scuola Sant'Anna 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 2025.

Indicatori	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Soglia 2025
C2A.M - Bersaglio Indice di performance degenza media - DRG medici	-0,3	-0,14	-0,42	-0,69	<0,00
C2A.C - Bersaglio Indice di performance degenza media - DRG chirurgici	-0,2	0,16	-0,33	0,75	<0,00
H04Z C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatazza	0,24	0,28	0,25	0,26	<=0,20
H18C Cesarei primari per strutture con 1.000 parti e oltre	15,32%	17,25%	18,90%	18,94%	<=25%
C7.3 - percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	28,14%	26,79%	21,26%	19,39%	<20%
C7.6 - percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	11,28%	7,67%	7,36%	9,07%	<7,5%
D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale delle prestazioni B (amb)	67,00%	65,07%	67,67%	79,83%	>=90%
D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale delle prestazioni D (amb)	58,40%	57,20%	60,78%	61,40%	>=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	77,36%	92,50%	94,83%	93,75%	>=90%
C.3.3.a percentuale di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	76,80%	87,59%	87,23%	80,00%	>=90%
C.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%	85,71%	>=90%
C.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%	91,67%	>=90%
C.3.3.d percentuale di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità D erogate entro i tempi previsti			100%	100%	>=90%
C 16.10. percentuale di accessi ripetuti in Pronto soccorso entro 72 ore		14,69%	11,67%	11,00%	<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%	86,30%	>= 70%
C16.3.NA Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	95,42%	95,13%	95,16%	96,50%	Hub: >=65%
C16.4.1.N. Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore		99,85%	99,88%	99,90%	>= 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 59%.

Bersaglio 2025 - IRCCS Burlo Gar.



SINTESI BERSAGLIO	2021	2022	2023	2024	2025
Rosso	1	3	2	1	2
Arancione	2	2	1	2	3
Giallo	1	5	6	3	4
Verde	8	8	9	12	13
TOTALE INDICATORI	12	17	18	18	22
% INDICATORI VERDI	67%	47%	50%	67%	59%

Nel 2025 si confermano risultati positivi in diversi indicatori dell'area materno-infantile. In particolare, la percentuale di parti cesarei depurati si riduce dal 18,45% al 14,76%, mentre la percentuale di episiotomie depurate diminuisce dal 21,46% al 19,42%, a conferma dell'attenzione posta all'appropriatezza clinica e alla promozione del parto fisiologico anche in presenza di una casistica caratterizzata da elevata complessità assistenziale.

Si osserva invece un incremento del ricorso ai parti operativi (forcipe e ventosa), che passa dal 7,42% al 9,04%, e una riduzione della percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo, che passa dal 44,92% al 34,17%. Tali aspetti continueranno a essere oggetto di monitoraggio e approfondimento nell'ambito delle attività di audit clinico.

Per quanto riguarda i tempi di attesa per gli interventi chirurgici, permane una buona capacità di risposta nell'ambito della chirurgia oncologica ginecologica, pur registrandosi una lieve riduzione della performance rispetto all'anno precedente, con un valore che passa da 4,17 a 3,63. Tale andamento sarà oggetto di specifica attenzione nell'ambito delle attività di programmazione 2026 e relativo monitoraggio.

Si evidenziano inoltre risultati favorevoli nell'area dell'esperienza e della soddisfazione dell'utenza. In particolare, la percentuale di pazienti che richiedono la dimissione volontaria dal ricovero si riduce dallo 0,77% allo 0,51%, dato che rappresenta un indicatore indiretto della qualità percepita e dell'efficacia della presa in carico assistenziale.

Anche l'attività del Pronto Soccorso mostra un andamento positivo. Si registra una riduzione degli abbandoni prima del completamento del percorso assistenziale e si conferma il buon rispetto dei tempi di presa in carico previsti per le diverse classi di priorità. L'indicatore relativo all'appropriatezza del triage raggiunge un valore pari a 4,6 ed è determinato dal buon rispetto dei tempi di presa in carico previsti per le diverse classi di priorità. In particolare, l'81,72% degli accessi con codice 2 è stato visitato entro 15 minuti, l'86,34% degli accessi con codice 3 entro 60 minuti, il 96,5% degli accessi con codice 4 entro 120 minuti e il 99,8% degli accessi con codice 5 entro 240 minuti. Tali risultati evidenziano una buona capacità organizzativa nella gestione degli accessi al Pronto Soccorso e nel rispetto delle tempistiche previste.

Nel 2025 il sistema di valutazione del Bersaglio è stato inoltre ampliato con l'introduzione di quattro nuovi indicatori.

Complessivamente, rispetto ai 18 indicatori monitorati sia nel corso del 2024 che del 2025, si evidenzia il seguente trend:

TREND	N. di Indicatori
miglioramento	6
mantenimento	6
peggioramento ma valutazione positiva	2
peggioramento	4

Tabella 13. Esiti bersaglio confronto anno precedente

1.4 I risultati della ricerca

Il finanziamento ministeriale per la Ricerca Corrente (RC) nel 2023 era di €3.759.035,78, nel 2024 era di €3.546.081,76; nel 2025 si è avuto un sensibile calo di finanziamento ministeriale ammontante a €2.755.277,79.

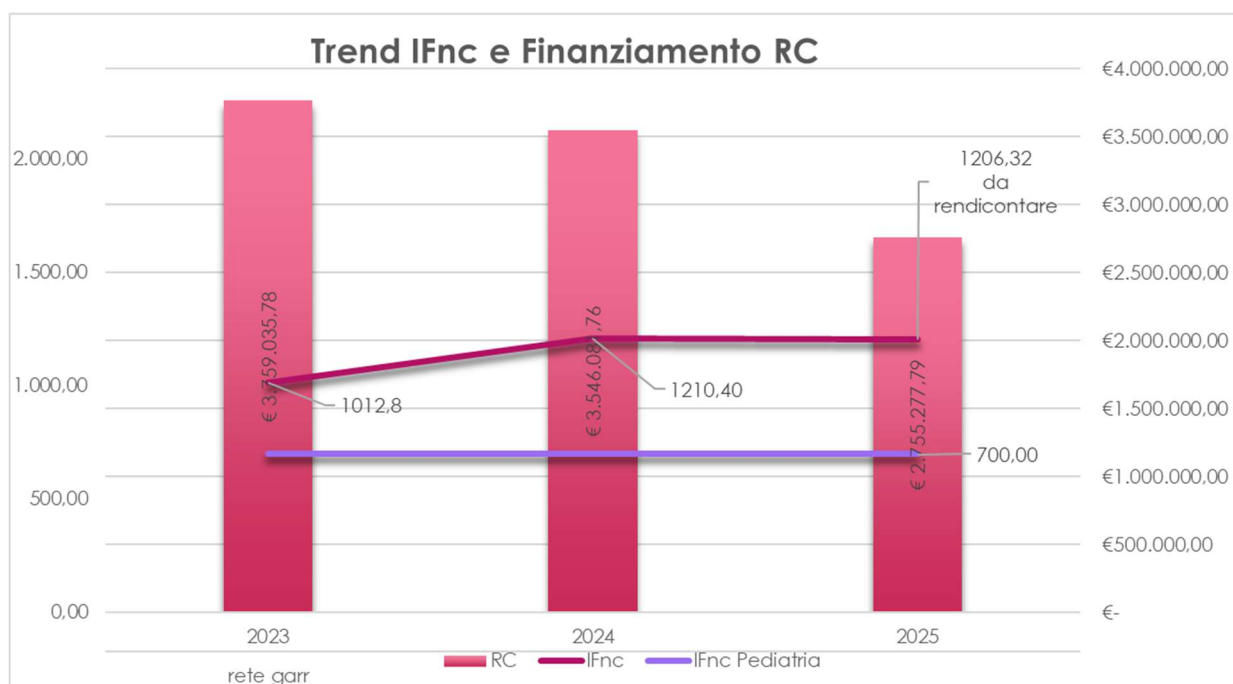


Tabella 14. Trend IFnc e Finanziamento RC

Di seguito si riporta l'elenco dei risultati traslazionali di ricerca corrente (area pediatrica) più significativi 2025:

Titolo	Testata	DOI	IF	Area di ricerca
Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950-2023: a demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023	Lancet. 2025.	10.1016/S0140-6736(25)01330-3	35	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023	Lancet..	10.1016/S0140-6736(25)01037-2	35	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Polygenic prediction of body mass index and obesity through the life course and across ancestries	Nat Med.	10.1038/s41591-025-03827-z	35	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Insights from a novel monogenic autoinflammatory disease: overview of a multicentric European cohort of 38 patients with COPA syndrome	Ann Rheum Dis.	10.1016/j.ard.2025.09.013	16,48	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Characterising acute and chronic care needs: insights from the Global Burden of Disease Study 2019	Nat Commun ..	10.1038/s41467-025-56910-x	15,7	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Mutations in the spliceosomal gene SNW1 cause neurodevelopment disorders with microcephaly	J Clin Invest.	10.1172/JCI186119	13,6	Innovazione e diagnostica avanzata

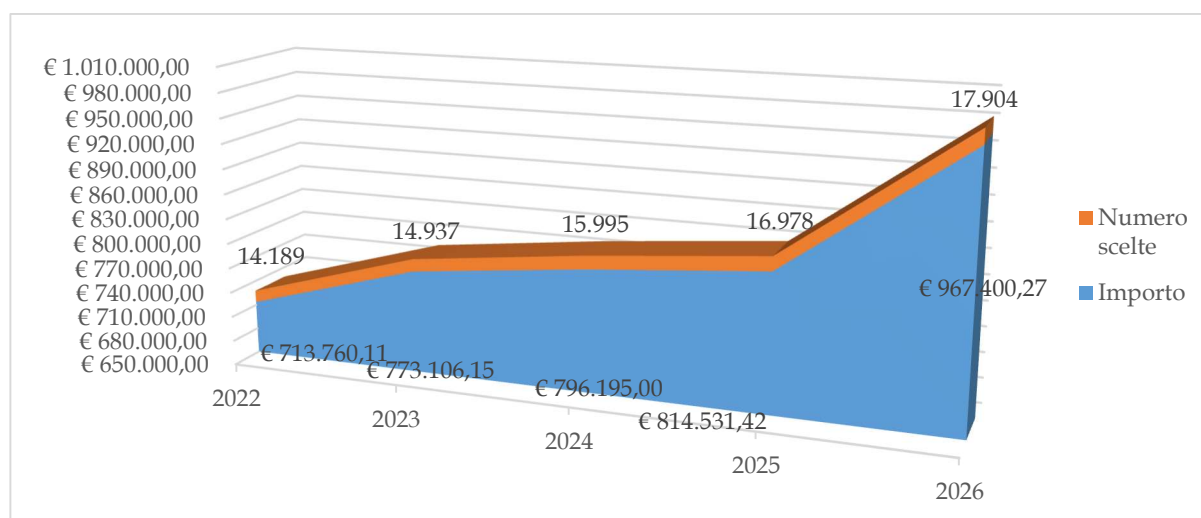
Titolo	Testata	DOI	IF	Area di ricerca
Prevalence of Large-for-Gestational Age and Macrosomia Among Livebirths in 23 Low- and Middle-Income Countries Between 2000 and 2021: An Individual Participant Data Analysis	BJOG.	10.1111/1471-0528.70044	6	Salute fetoneonatale: dalla prevenzione alla pratica clinica
Experiences of disrespect and abuse during childbirth in the World Health Organization European region: A mixed-method study among 22 countries	Int J Gynaecol Obstet.	10.1002/ijgo.70516	6	Salute fetoneonatale: dalla prevenzione alla pratica clinica
Long-term outcome in Wiskott-Aldrich syndrome and X-linked thrombocytopenia patients: an observational -prospective multi-center study of the Italian Primary Immune Deficiency Network (IPINET)	EClinical Medicine	10.1016/j.eclinm.2025.103271	6	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Use of gonadotropin-releasing hormone agonists in transgender and gender diverse youth: a systematic review	Front Endocrinol (Lausanne).	10.3389/fendo.2025.1555186	6	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Pharmacological evaluation of drug therapies in Aicardi-Goutières syndrome: insights from patient-derived neural stem cells	Front Pharmacol.	10.3389/fphar.2025.1549183	6	Innovazione e diagnostica avanzata
Unraveling the cellular mechanisms of thiopurine-induced pancreatitis in pediatric inflammatory bowel disease: Insights from induced pluripotent stem cell models	Biomed Pharmacother.	10.1016/j.biopha.2025.118539	6	Innovazione e diagnostica avanzata
Pediatric stewardship in Italy: a necessity, not an option - a National Multi-Society Expert Consensus on Antimicrobial and Diagnostic Stewardship (SIP, SITIP, SIMRI, SIAIP, SIMEUP, SIPPS, SICUPP, SIMIT, SIMPE, SIPINF, SIT, SIAATIP, SARNEPI, AIEOP, SIM, SITL, SIF, SIFACT, SITA, SIN)	Ital J Pediatr.	10.1186/s13052-025-02112-6	4,8	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Azathioprine Metabolites in Erythrocytes and DNA for Therapy Monitoring in Very Early Onset Inflammatory Bowel Disease Pediatric Patients	ACS Pharmacol Transl Sci.	10.1021/acsptsci.5c00135	4	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Outbreak of Post-Infectious Bronchiolitis Obliterans (PIBO) After Adenovirus Infection: A Case Series and Review of the Literature	Pediatr Pulmonol.	10.1002/ppul.71080	4	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Effectiveness and Safety of Adalimumab in Patients With Very Early-Onset Inflammatory Bowel Disease: A Retrospective Study on Behalf of the Porto Inflammatory Bowel Disease Working Group of European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition	Inflamm Bowel Dis.	10.1093/ibd/izae302	3,6	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Gliadin-dependent UPR induction directly triggers the expression of TG2 and pro-inflammatory cytokines, dysregulates intestinal permeability, and reduces CFTR expression in intestinal epithelial cells of celiac disease patients	Biol Direct.	10.1186/s13062-025-00644-9	3,6	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza

Titolo	Testata	DOI	IF	Area di ricerca
Upadacitinib for Induction of Remission in Paediatric Crohn's Disease: An International Multicentre Retrospective Study	Aliment Pharmacol Ther.	10.1111/apt.70016	3,6	Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza
Pediatric autoimmune gastritis: An international, multicentric study	J Pediatr Gastroenterol	10.1002/jpn3.70187	3,6	Innovazione e diagnostica avanzata
Post-procedure sedation and apnea linked to ion channel variant: a case report on dexmedetomidine-propofol interaction	Front Pharmacol.	10.3389/fphar.2025.1549540	3,6	Innovazione e diagnostica avanzata
Cochlear Implant (CI) procedure. Italian Clinical Practice Guidelines of the Italian Society of Otorhinolaryngology (SIOeChCF) and Italian Society of Audiology and Phoniatrics (SIAF). Part 2: cochlear implants in children	Acta Otorhinolaryngol Ital.	10.14639/0392-100X-N3077	2,4	Innovazione e diagnostica avanzata
Primary and Secondary Prophylaxis of Gastrointestinal Bleeding in Children with Portal Hypertension: A Multicenter National Study by SIGENP	Children (Basel).	10.3390/children12070940	2,4	Innovazione e diagnostica avanzata

Capacità di attrarre risorse

FINANZIAMENTO 5X1000

Nel corso del 2025 sono stati attribuiti all'Istituto il finanziamento 5 per mille 2024 pari ad € 814.531; il trend è in aumento, sia nel numero di scelte sia nel valore complessivo. Allo stato risultano finanziati con tale finanziamento in totale 39 progetti di ricerca prevalentemente di area materno infantile.



FINANZIAMENTO DA GRANT

Nell'anno 2025 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
Interreg ITALIA-SLOVENIA	Taddio Andrea	SC Universitaria Clinica Pediatrica	CONCERTO: CrossbOrder Network for ChildrEn RheumaTolOgy	599.988,50 €
Istituto Superiore di Sanità_(Horizon - Commissione Europea)	Lorenzo Monasta	SS Dipartimentale Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Joint Action on CARdiovascular diseases and DIabetes (JACARDI)	422.370,69 €
EU4Health 2024 (Commissione Europea)	De Zen Lucia	SC Universitaria Clinica Pediatrica	Hope4Kids: Holistic Oncological Palliative care 4 Europe's Kids	421.500,39 €
Associazione Italiana Ricerca Cancro	Falsechini Michela	SC Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	AIRC_2024: Antisense oligonucleotides (ASOs)-based therapy: hope for Fanconi anemia patients affected by splicing mutations	411.089,75 €
Ministero per le disabilità	Orzan Eva	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	A.BA.CO. 2 (Abbattimento delle BARriere COMunicative) Tecnologia e servizi innovativi per l'inclusione, l'istruzione e l'accessibilità per le persone sorde e ipoacusiche	365.763,23 €
Ministero della Salute	Gasparini Paolo	SC Genetica Medica	Genoma mEdiciNa pERsonalizzatA - GENERA	280.000,00 €
EU4Health 2024 (Commissione Europea)	Granata Claudio	SC Radiologia Pediatrica	RHYTHM: Radiation, Health, Safety and Quality for Youth: A Comprehensive Approach to Justification, Optimisation, and Education	240.056,64 €
Regione Friuli Venezia Giulia _ (PR FESR)	De Leo Luigina	SC Universitaria Clinica Pediatrica	SEMPLICE: Semplificare la ricerca degli anticorpi anti-transgluraminasi per un'accurata diagnosi di celiacchia: dal laboratorio al letto del paziente	191.488,00 €

Finanziatore	Responsabile	Dipartimento / struttura di appartenenza	Titolo	Finanziamento totale assegnato all'Istituto
Ministero della Salute	Gasparini Paolo	SC Genetica Medica	Less genes more genomes: modeling the implementation of integrative -OMICs as a first line tool in the clinical practice	182.000,00 €
Fondazione Celiachia Onlus	De Leo Luigina	SC Universitaria Clinica Pedriatica	DNA methylation and transcriptional profiles of intestinal epithelium from Celiac patients	147.000,00 €
Ministero della Salute	Valencic Erika	S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	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	125.000,00 €
Unicef	Lazzerini Marzia	S.C.R. Epidemiologia Clinica e ricerca sui servizi sanitari	Mental Health Toolkit: Mental Health and Psychosocial well-being of children and adolescents: Needs assessment and toolkit development	114.250,00 €
AIFA	Stocco Gabriele	SC Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	COSIsiFA: Cittadini e Operatori SanItari Sempre Informati sul FARMACO	92.506,20 €
Chiesi Foundation	Lazzerini Marzia	SS Dipartimentale Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	EPINICU: Opportunities for Parents Empowerment in Low resources settings (COPE-L)	90.000,00 €
Chiesi Foundation - London School of Hygiene Tropical Medicine	Lazzerini Marzia	S.C.R. Epidemiologia Clinica e ricerca sui servizi sanitari	IMPULSE: Improving Quality and Use of Newborne Indicators: A two phase project to describe and iprove the quality and the use of facility-level newborn indicators in sub-Saharan African countries	47.394,00 €
Ministero della Salute	Gasparini Paolo	SC Genetica Medica	Il microbiota umano nella medicina dei sistemi applicata alla diagnosi e alla terapia in pediatria	41.470,00 €
European Academy of Dermatology & Venereology_(EADV)	Tricarico Paola Maura	SC Clinica Pediatrica	ENIGMA: Hidradenitis suppurativa syndromes: decrypting the etio-pathogenesis	35.000,00 €
Ministero della Salute	Gasparini Paolo	SC Genetica Medica	Functional foods Italy network - F.F.I.N.	32.000,00 €

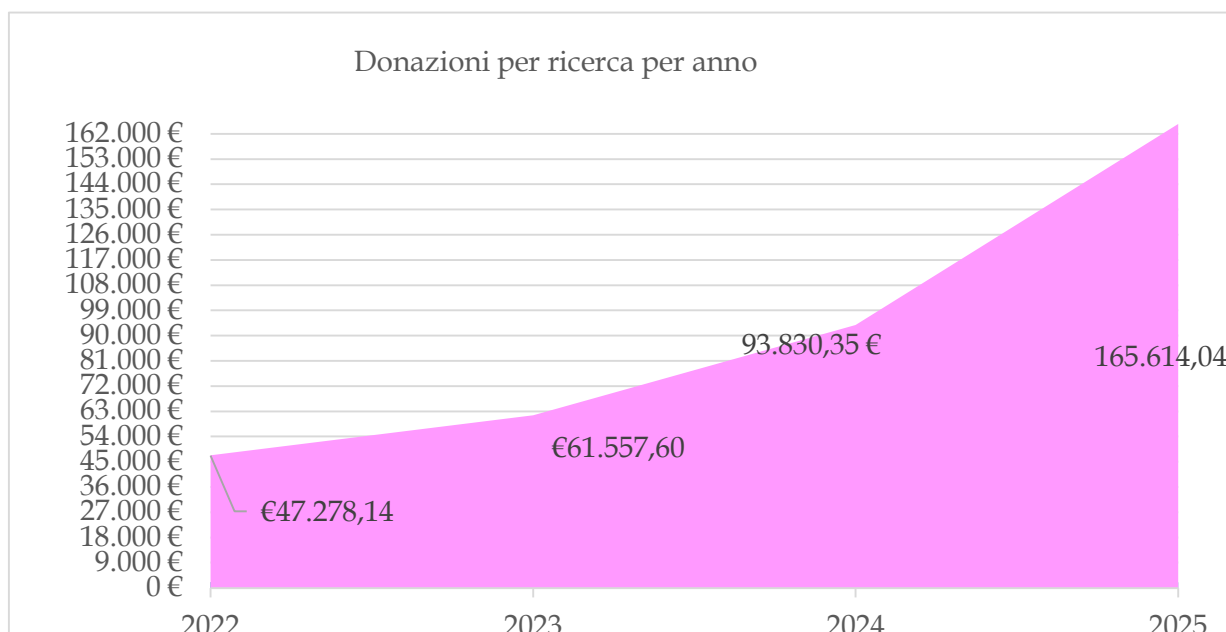
Finanziatore	Responsabile	Dipartimento / struttura di appartenenza	Titolo	Finanziamento totale assegnato all'Istituto
IPSEN	D'Adamo Adamo Pio	SC Genetica Medica	SPARK: Unlocking the Genetics of Adult Cholestasis: A Novel Approach Through PFIC-Affected Children's Parents	25.000,00 €
Ministero della Salute	Comar Manola	SC Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	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	19.902,00 €
Ministero della Salute	Ricci Giuseppe	Dipartimento di Pediatria _ S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	Salute materno-infantile: formazione degli operatori socio-sanitari ed empowerment delle giovani donne (18-24 anni) sui rischi connessi al consumo di alcol in gravidanza	19.260,00 €
Marie Sklodowska-Curie Actions (Horizon - Commissione)	Lazzerini Marzia	SS Dipartimentale Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	International Platform on Obstetric Violence (IPOV):an innovative tool for a respectful maternity and childbirthcare	11.898,00 €
Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n.4 - Veneto Orientale (PROMIS Salute)	Dobrina Raffaella	SC Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS)	PROMIS 2025: OLAPH _ ùPromuovere equità attraverso interventi di alfabetizzazione sanitaria personale e organizzativa: dalle politiche comunitarie alla situazione nazionale e regionale	10.000,00 €
Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n.4 - Veneto Orientale (PROMIS Salute)	Monasta Lorenzo	SCR Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	PROMIS 2025: Valutazione delle stime Italiane del Global Burden of Disease 2023.	6.000,00 €

PROGETTI PNRR - PNC

Nell'ambito del piano di investimento tramite fondi PNRR e PNC, si conferma la destinazione all'Istituto di un finanziamento totale di € 759.750, relativo a cinque progettualità di ricerca competitiva approvate; i progetti relativi al PNRR sono stati prorogati a tutto maggio 2026.

Finanziatore	Responsabile	Dipartimento / struttura di appartenenza	Acronimo	Titolo	Finanziamento
Piano Nazionale Complementare	Ronfani Luca	S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	PNC_1000	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"	279.000,00 €
PNRR-Ministero Salute	Gasparini Paolo	S.C. Genetica Medica	PNRR-MR1-2022-12376811	Implementation of a standardized workflow for a more effective management and care of patients with syndromic and isolated intellectual disability	240.000,00 €
PNRR-Ministero Salute	Barbi Egidio	S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	PNRR-MAD-2022-12376878	Trained immunity in the inflammatory cascade of chronic inflammatory skin diseases: possible checkpoints and new therapeutic targets	128.750,00 €
PNRR-Ministero Salute	Tommasini Alberto	S.C. Universitaria Clinica Pediatrica	PNRR-POC-2022-12376280	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.	80.000,00 €
Piano Nazionale Complementare	Ronfani Luca	S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	PNC-SINtesi	Messa a punto e implementazione di una piattaforma per la valutazione ed il monitoraggio delle conseguenze dell'accumulo di metalli pesanti sullo sviluppo neuro-cognitivo del bambino e sullo stato di salute della popolazione generale.	70.714,00 €

DONAZIONI PER LA RICERCA



2. Analisi del contesto e delle risorse

2.1 Risorse, efficienza ed economicità

Il 2025 chiude con un risultato d'esercizio in pareggio, a seguito dell'utilizzo, per la copertura del fabbisogno così come previsto dalle indicazioni per la chiusura del bilancio 2025 dalla DCS (da ultimo con nota prot. n. 465484/P/GEN dd 20/4/2026), delle quote residue di Pay-back dispositivi medici, relative al periodo 2015-2018. Detto risultato è composto per euro 4.130.224 dalla gestione caratteristica, per euro 835 dal saldo proventi e oneri finanziari, per euro -504.210 dal saldo della gestione delle partite straordinarie e da euro -3.626.849 dalle imposte. Si mantiene pertanto un trend positivo, in continuità con le annualità precedenti, come si evince dalla tabella sottostante:

Esercizi	2023	2024	2025
Risultato d'esercizio	147.116	15.600	-

VALORE DELLA PRODUZIONE

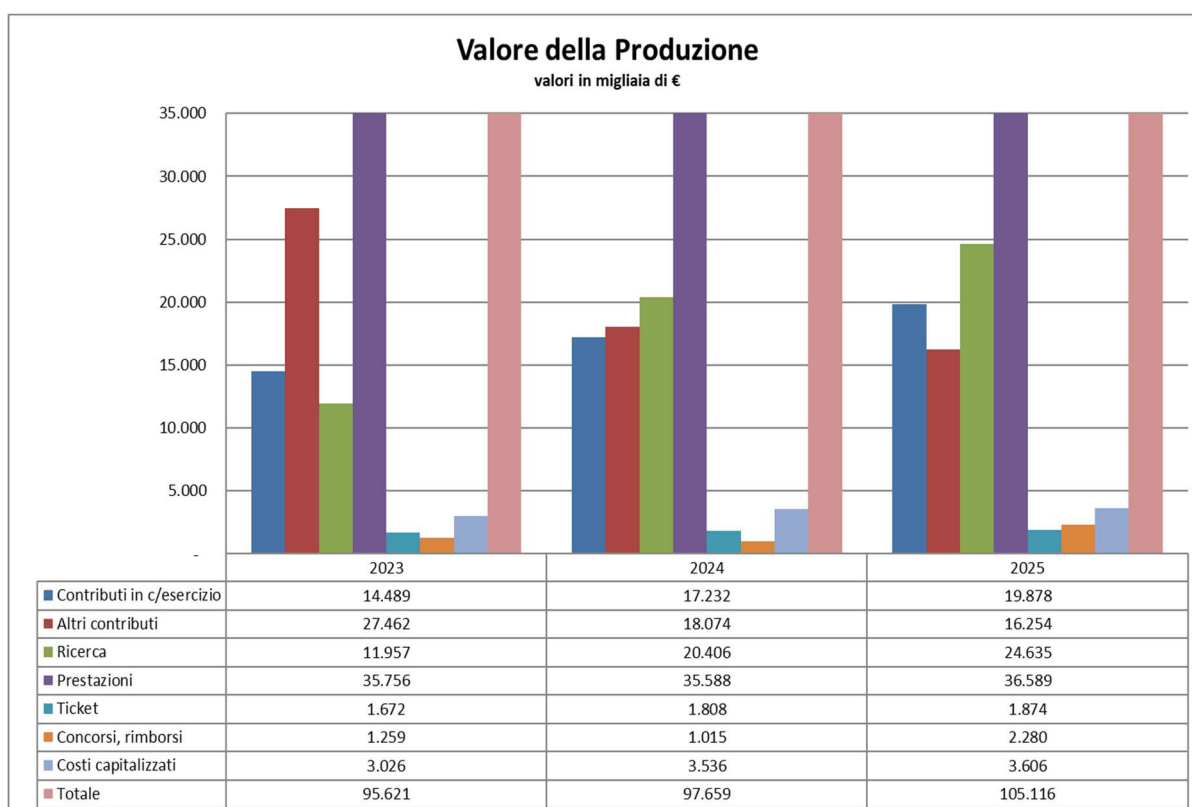
I contributi in conto esercizio per ricerca, contabilizzati secondo quanto previsto dal D. Lgs. 118/2011, risultano iscritti nel loro ammontare complessivo di assegnazione dell'anno e non per la sola quota di effettivo utilizzo.

L'attribuzione definitiva del finanziamento per la ricerca corrente è avvenuta solo a inizio dicembre (tramite Workflow della ricerca in data 09.12.2025) e risulta pari ad euro 2.755.278, comprensivo del costo del servizio BIBLIOSAN pari ad euro 118.112 e del costo per l'accesso alla

rete GARR pari ad euro 26.440. Pertanto, al netto del costo BIBLIOSAN e della rete GARR, risulta in calo di euro 749.203 rispetto al 2024.

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, rappresenta il totale dei contributi assegnati (euro 15.187.422)

La tabella sottostante rappresenta l'andamento del valore della produzione, suddiviso nelle principali voci di ricavo, nel corso del triennio 2023-2025.



COSTI DELLA PRODUZIONE

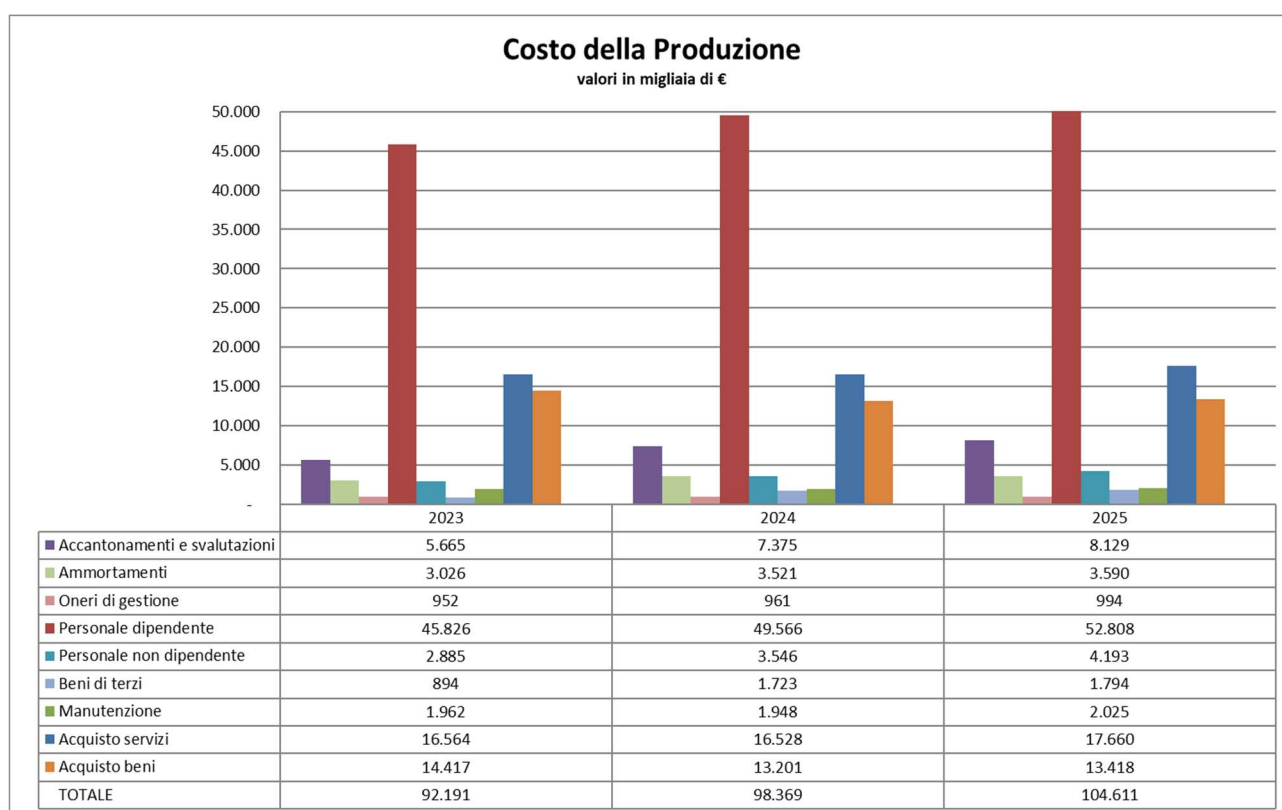
I costi complessivi del triennio segnalano una significativa variazione alle voci:

Il costo del personale dipendente 2025, esclusa la libera professione, ammonta ad euro 49.530.587 più IRAP per euro 3.277.337 per un importo complessivo di euro 52.807.924, comprensivo dei rinnovi CCNL, della variazione sul costo del personale della ricerca (c.d. Piramidati), dell'1% sul monte salari e dell'aumento dei fondi contrattuali per indennità di PS e ulteriori risorse per il personale (dirigenza area sanità e comparto - DGR 823/2025, 824/2025, 825/2025, 826/2025, integrate con DGR 1659/2025).

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";

Nella voce "accantonamenti e svalutazioni" trovano iscrizione accantonamenti di natura diversa. Vengono rilevate, per complessivi euro 8.081.658, oltre agli accantonamenti per rischi ed oneri, le quote dei contributi assegnati nell'esercizio 2025 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 2023-2025.



2.2 Le risorse umane

La manovra del personale 2025 è stata volta anzitutto alla garanzia della sostenibilità dell'attività assistenziale e dell'attività di ricerca dell'IRCCS, nel rispetto delle linee di intervento già delineate negli atti programmatori del personale e segnatamente:

- in sede di adozione del PAO 2025 con decreto n. 30 del 27.02.2025;

- in sede di adozione del Piano triennale del fabbisogno del personale 2025-2027 con decreto n. 110 del 22.05.2025 (adempimento ex art. 60 del d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. assolto in data 26.05.2025);

- in sede di III report trimestrale ai sensi dell'art. 44 della LR 26/2015 adottato con decreto n. 347 del 16.12.2025 contenente la proposta di revisione del PTFP 2025-2027(adempimento ex art. 60 del d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. assolto in data 17.12.2025).

Rispetto alla programmazione delle risorse risultanti nel Piano triennale dei fabbisogni di personale 2025-2027, come revisionato a seguito dei provvedimenti di cui sopra, si rileva una dotazione organica pari a n. 850 unità di personale di cui n. 15 unità di personale universitario convenzionato.

Situazione del personale al 31.12.2025

Alla data del 31.12.2025 il dato di forza è pari a 850 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 31.12.2024	Forza al 31.12.2025
Dirigenza		
Ruolo sanitario (comprensivo del personale universitario)	192	194
Ruolo professionale	2	2
Ruolo sociosanitario (sociologo)	1	1
Ruolo tecnico	3	4
Ruolo amministrativo	9	9
Totale dirigenza (comprensivo di personale universitario)	207	210
Comparto		
Ruolo sanitario	372	371
Ruolo tecnico	27	29
Ruolo socio sanitario	95	93
Ruolo amministrativo	80	78
Ruolo della ricerca	66	69
Totale comparto	640	640
Totale complessivo (comprensivo di personale universitario)	847	850

Tetto di spesa del personale

Il tetto di spesa del personale dell'anno 2025 per l'Istituto, così come individuato con DGR n. 2052/2024, ammonta a € 47.013.580,46 ed è stato rispettato. Percorsi di stabilizzazione del personale del comparto e della dirigenza.

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 2025 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.

I bandi del 2025 prevedevano, complessivamente, la stabilizzazione di n. 8 unità di personale appartenenti ai seguenti profili:

- n. 1 dirigente odontoiatra;
- n. 1 dirigente medico;
- n. 1 dirigente biologo;
- n. 1 dirigente sociologo;
- n. 1 tecnico audioprotesista;
- n. 1 operatore sociosantario;
- n. 1 logopedista;
- n. 1 assistenti informatico.

Di tali n. 8 unità, n. 5 sono state stabilizzate nel corso del 2025, mentre per n. 3 di esse i contratti sono stati formalizzati nel 2026, come esplicitato in sede di PAO 2026.

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 2025 si è proceduto alla stabilizzazione di complessive n. 13 unità, di cui n. 12 ricercatori sanitari e di n. 1 collaboratore professionale 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 a 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 2025, continueranno a coesistere gli attuali contratti a tempo determinato.

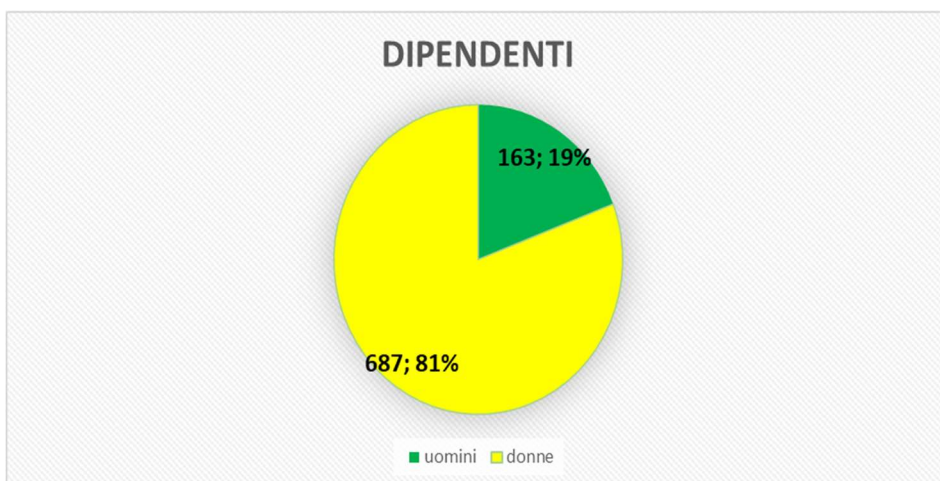
Di seguito si riporta in formato tabellare l'andamento delle assunzioni del personale della ricerca:

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	31.12.2025
0	22	27	26	51	63	66	69

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”.

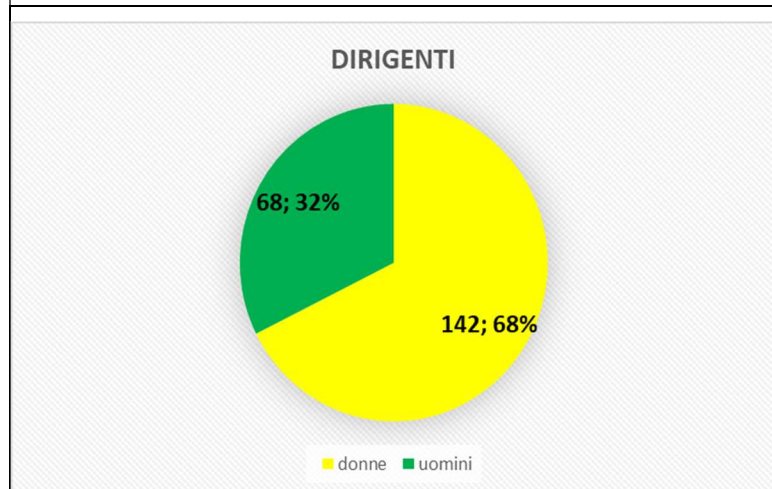
Situazione del personale al 31/12/2025, con rapporto di lavoro a tempo determinato e indeterminato compreso il personale universitario convenzionato



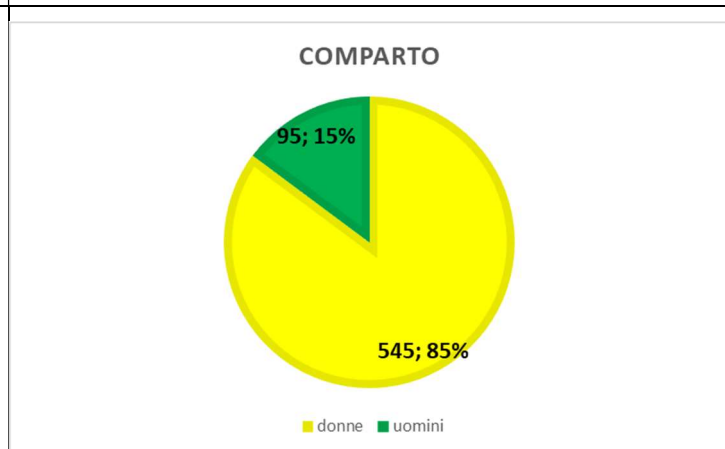
Personale suddiviso per area contrattuale

RUOLO	DONNE	UOMINI	TOTALE
Dirigenti	142	68	210
Comparto	545	95	640
Totale	687	163	850

Rappresentazione grafica dirigenti

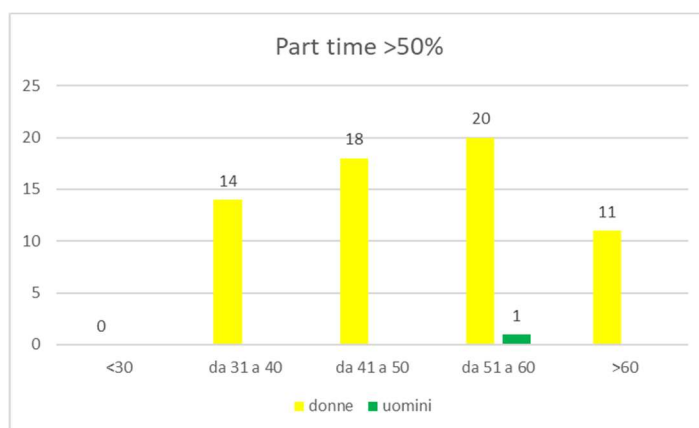


Rappresentazione grafica comparto



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	14	46	40	40	22	162	99,4%	69	169	139	182	65	624	90,9%
Part Time >50%	0	0	0	1	0	1	0,6%	0	14	18	20	11	63	9,1%
Part Time <50%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	14	46	40	40	22	163	100%	69	183	157	202	76	687	100%
Totale %						19%								81%

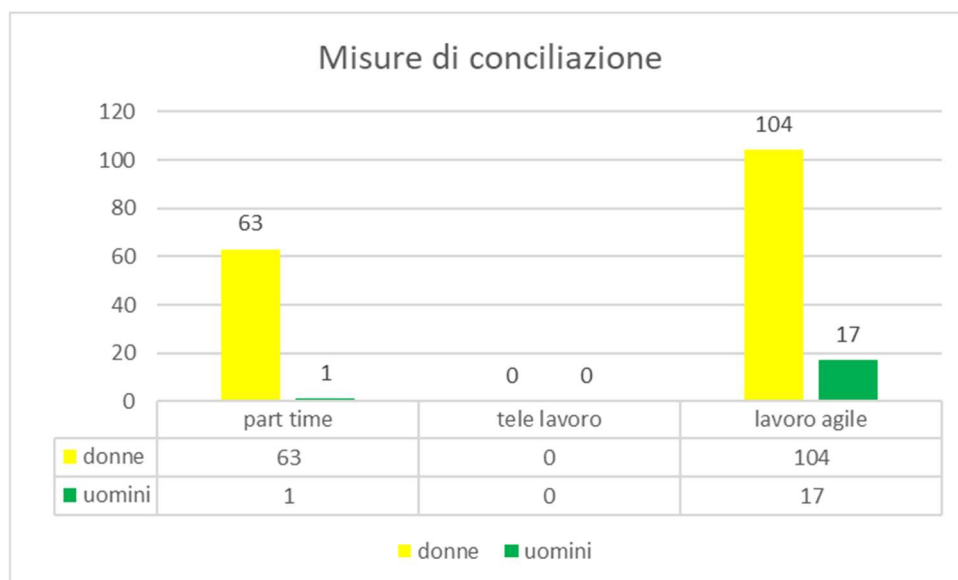


L'istituto del part time riguarda il 7,52% dei rapporti di lavoro. Si conferma ed è in aumento la distinzione di genere nell'utilizzo di questo istituto contrattuale che coinvolge il 9,1% delle dipendenti donne sul totale dei rapporti di lavoro delle donne a fronte del 0,6% di part time sul totale dei 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 gli anziani.

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETÀ'

Classi età \ Tipo Misura conciliazione	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	%
Personale che fruisce di part time a richiesta	0	0	0	1	0	1	2%	0	14	18	20	11	63	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	2	5	4	3	3	17	14%	4	34	26	30	10	104	86%
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														
Totale	2	5	4	4	3	18	9,7%	4	48	44	50	21	167	90,2%
Totale %														



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	282	21%	1082	79%	1364	100%
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	389 ore	100%	0 ore	0%	389ore	100%
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	114	6%	1942	94%	2056	100%
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti*	8	15%	47	85%	55	100%
Totale**						
% sul personale						

* I valori si riferiscono ai congedi parentali a mezza giornata

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

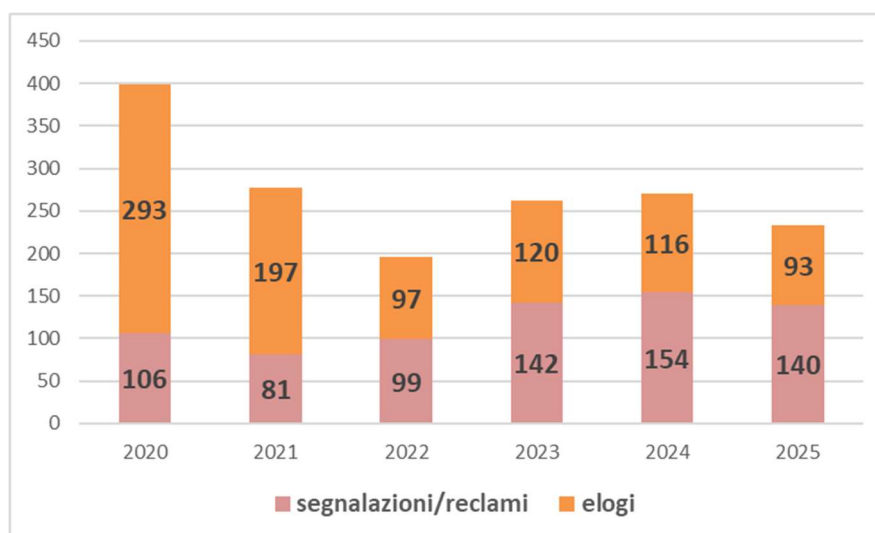
2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali

Segnalazioni, reclami, elogi

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 2025 sono pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso diversi canali di comunicazione, 233 segnalazioni formali tra segnalazioni ed elogi (alcune rivolte a più strutture), presentate da 225 persone.

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

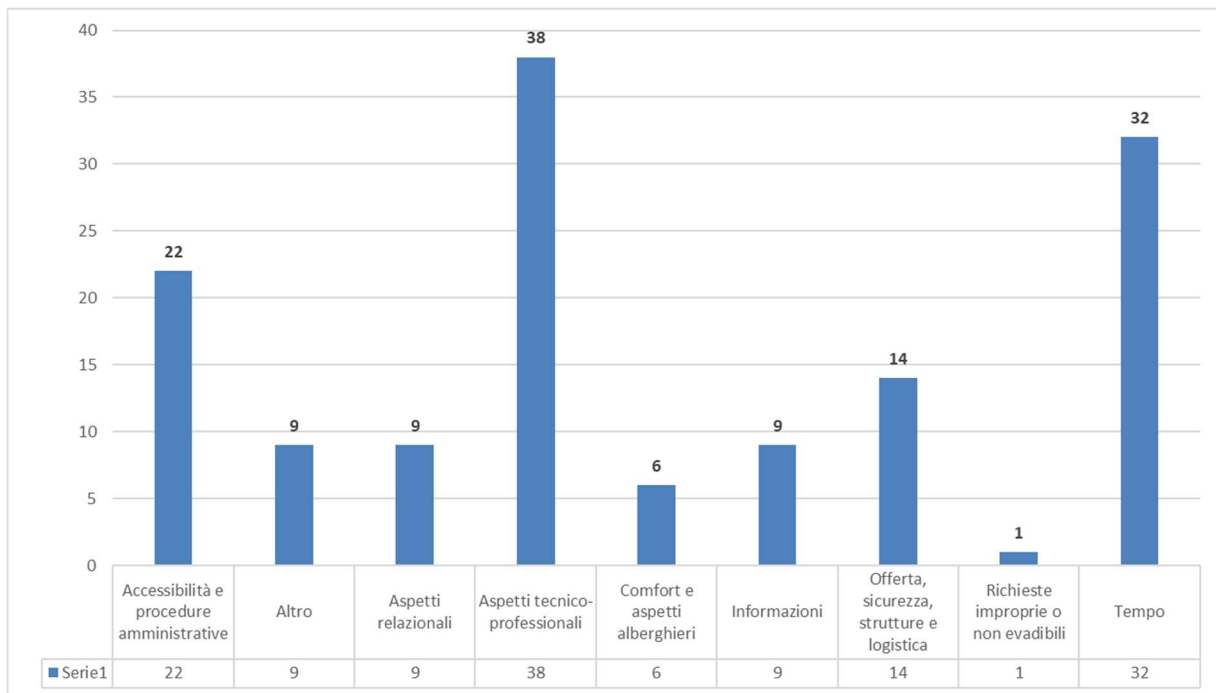
anno	2020	2021	2022	2023	2024	2025
segnalazioni/reclami	106	81	99	142	154	140
elogi	293	197	97	120	116	93
totale	399	278	196	262	270	233



Suddividendo le segnalazioni in macrocategorie si possono facilmente individuare le tematiche per le quali gli utenti chiedono maggiore assistenza: nel 2025 il sistema di classificazione dei reclami identifica tra le categorie più rappresentate quelle relative agli **“Aspetti tecnico professionali”** con 38 reclami su 140, seguita dalla categoria **“Tempo”** e dalla categoria **“Accessibilità e procedure amministrative”**, quest’ultima “tradizionalmente” riferita agli importi ticket e alle procedure organizzative.

Classificazione Segnalazioni/Reclami 2025, per Macrocategoria

Macrocategorie	Totale annuale per contenuto	%
Accessibilità e procedure amministrative	22	16%
Altro	9	6%
Aspetti relazionali	9	6%
Aspetti tecnico-professionali	38	27%
Comfort e aspetti alberghieri	6	4%
Informazioni	9	6%
Offerta, sicurezza, strutture e logistica	14	10%
Richieste improprie o non evadibili	1	1%
Tempo	32	23%
Totale	140	100%



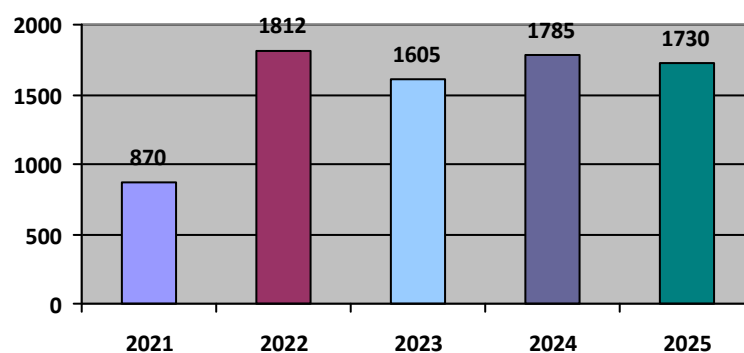
Tempo di risposta all'utente

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 2025 i tempi di risposta (data di protocollo della posta in partenza < 30 gg) sono stati rispettati nel 98 % dei casi (3 risposte oltre i 30 giorni su 139 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 2025 ne sono stati registrati 1730, tra le categorie più rappresentate vi è quella denominata "Accessibilità e procedure amministrative -Prenotazione visite ed esami", oltre a quella "Accessibilità e procedure amministrative -Procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazioni, inclusa la cartella clinica, certificazioni amministrative" legata all'attività dell'archivio/ufficio informazioni, e a quella "Donazioni e raccolte fondi", quest'ultima di competenza dell'URP.

Segnalazioni non formalizzate, andamento:



La qualità percepita

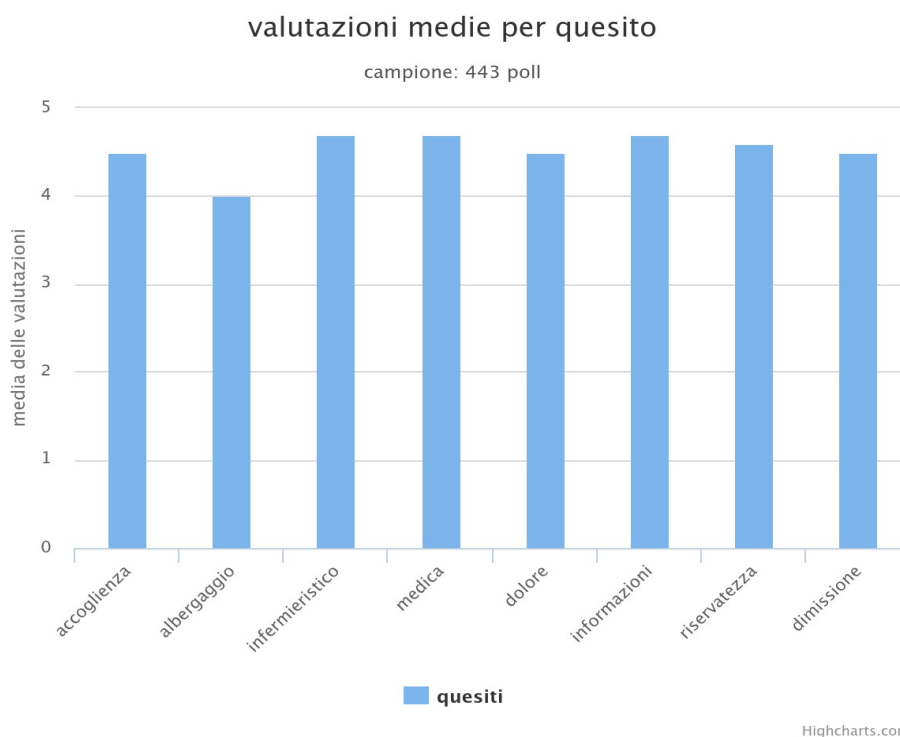
La qualità percepita è un aspetto della qualità complessiva che concorre a definire il valore di un servizio. Valutare la qualità percepita, interrogarsi circa la soddisfazione del paziente vuol dire valorizzare la sua soggettività nella consapevolezza che le dimensioni della qualità sono molteplici e assumono diversi significati a seconda degli attori coinvolti.

Sin dal 2018 è disponibile un questionario on line, raggiungibile dalla home page del sito istituzionale e con scansione QR-code dalle locandine affisse in Istituto, che prevede una sezione denominata "IL TUO PARERE CONTA" per indagare la soddisfazione degli utenti e/o loro familiari rispetto l'esperienza presso le aree di degenza e ambulatoriali. Visto il numero molto basso di questionari compilati on line dai degenti si è deciso di affiancare a quella modalità anche la distribuzione di analogo questionario cartaceo, tradotto anche in Inglese.

Nel 2025 sono stati compilati 443 questionari relativi alle **aree di degenza**, di questi 426 cartacei sono stati inseriti dal personale dell'URP e 17 auto compilati on line.

Sono 8 gli item su cui si richiede di esprimere il proprio livello di soddisfazione, adottando una scala da 1= per niente soddisfatto a 5= soddisfatto moltissimo. Gli item sono:

serie	item
1	Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto (orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili di cure)
2	Aspetti strutturali e alberghieri (confort della stanza, vitto, pulizia)
3	Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)
4	Assistenza del personale medico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)
5	Considerazione del dolore fisico e suo trattamento
6	Informazioni ricevute sullo stato di salute e sulle cure prestate
7	Rispetto della riservatezza personale
8	Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione (riguardo a: uso di farmaci, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)

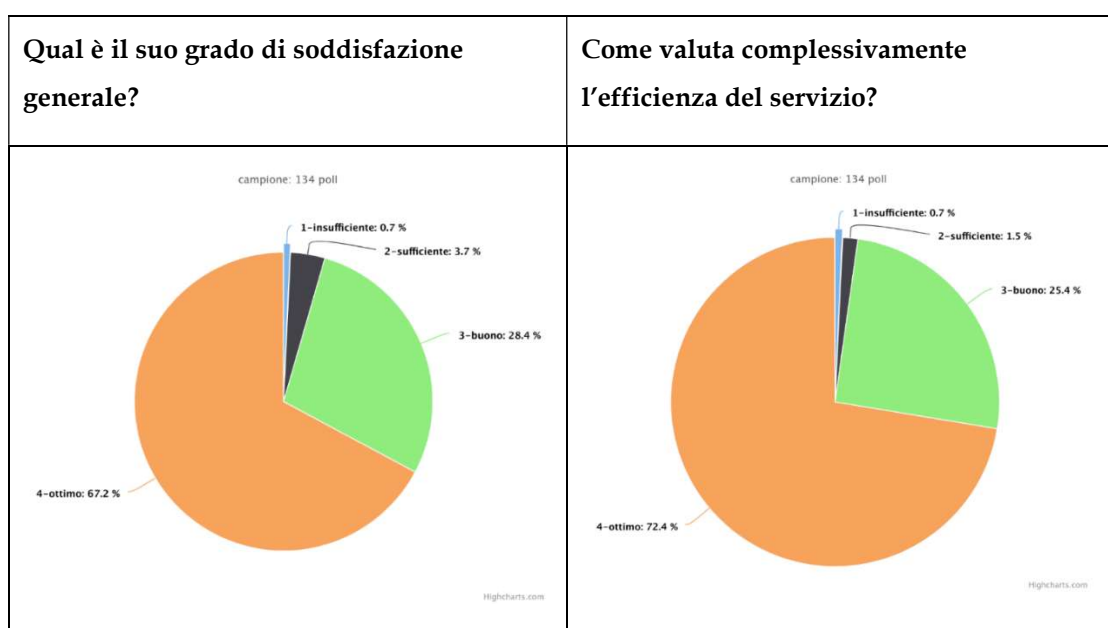


Alla domanda “complessivamente è soddisfatta/o dell’esperienza di ricovero?” Il 96,8% ha risposto SI.

Qualità percepita foresteria

All’interno del comprensorio ospedaliero sorge una struttura prefabbricata attualmente adibita ad alloggio gratuito per le persone impegnate nell’assistenza dei pazienti ospedalizzati. Nel 2024 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 2025, sono stati inseriti a cura dell’URP 134 questionari cartacei. Di seguito alcuni dei quesiti con i relativi risultati complessivi:



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. 325 del 3/12/2025) 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 predispone 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 Qlik, 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 2025 inferiore alla soglia del 50%: **OBIETTIVO NON RAGGIUNTO**
- valore 2025 compreso tra il 50% e il 75%: **OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 50%**
- valore 2025 superiore o uguale al 75%: **OBIETTIVO RAGGIUNTO IN PROPORZIONE RISPETTO ALLA SOGLIA.**

Per quanto concerne l'anno 2025, il ciclo della performance è stato avviato con:

- Piano attuativo ospedaliero (PAO), adottato con decreto DG n.30 del 27/2/2025 e redatto in coerenza con le Linee per la Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale emanate dalla Giunta Regionale;
- Piano Integrato di Attività e Organizzazione (decreto DG n. 54 del 27/3/2025)

- Documento di “Assegnazione per l’anno 2025 del budget ai centri di attività” (decreto DG n. 205 del 13/8/2025), così come integrato e modificato dal decreto di rinegoziazione del budget 2025 “Rinegoziazione budget 2025 – modifica del decreto n. 205/2025 “Assegnazione per l’anno 2025 del budget ai centri di attività” (decreto DG n. 342 del 16/12/2025).

Il monitoraggio intermedio sullo stato di avanzamento degli obiettivi al 31/8/2025 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 2025 (decreto DG n. 342 del 16/12/2025).

Le fasi del ciclo della performance 2025 sono state illustrate e condivise con l'Organismo Indipendente di Valutazione che, nella seduta del 10/11/2025, ha espresso parere favorevole al “Sistema di misurazione e valutazione della performance – anno 2025”, (adottato con decreto DG n. 325 dd 3/12/2025) e successivamente, nella seduta del 15/4/2026, 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 2025”.

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 2024;
- 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 2025 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) 2025 – 2027.

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) 2025 – 2027. 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 rilasciato in data 20/06/2025, utilizzando l'applicazione web resa disponibile da ANAC, l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'annualità 2024 e, entro la data del 30/07/2026, fissata dalla delibera ANAC n. 168/2026, effettuerà le verifiche e produrrà, attraverso la medesima applicazione web, il documento di attestazione degli obblighi di pubblicazione riferiti all'anno 2025, che verrà tempestivamente pubblicata sul sito dell'Istituto..

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) 2025 – 2027 è stato svolto dal RPCT attraverso specifici incontri di audit con le singole articolazioni aziendali, tenutisi nel mese di dicembre 2025; 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 2025 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. 1110 del 29/01/2026.

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.

3.4 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 4 tipologie:

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

È stato 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 2025, 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 30 marzo 2026, al fine di consentire alla SSD Programmazione e Controllo di completare il processo di valutazione della performance organizzativa. La valutazione individuale è tuttora in corso e, pertanto, la presente Relazione sarà successivamente integrata e validata dall'OIV nella sua versione definitiva.

Alla data di redazione della presente Relazione risultano pervenute n. 828 schede di valutazione, su un totale di 868 schede previste, pari al 95%. La quota residua di schede non ancora pervenute, dovuta a esigenze organizzative, sarà sottoposta alla tempestiva verifica dell'OIV non appena disponibile.

Alla data di redazione della presente Relazione non risultano presentati casi di contestazione o ricorsi avverso le valutazioni espresse.

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 2025—sono stati definiti con accordo con le organizzazioni sindacali prot. n. 13870 del 25.11.2025 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

applicare 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 2025** i criteri per la remunerazione della performance individuale, definiti in sede di contrattazione integrativa (accordo sindacale prot. 2529 del 27 febbraio 2026), 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 2025 in sede di contrattazione integrativa (contratto collettivo integrativo triennale 2025-2027 prot. n. 13896 del 25 novembre 2025).

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 è risultato pari a 2 dirigenti con le valutazioni più elevate.

L'individuazione dei percettori della maggiorazione è avvenuta mediante la 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 2 e si basano su scale distinte a seconda dell'Area Contrattuale di appartenenza.

Per quanto riguarda il personale della ricerca, con decreto n. 14 del 21 gennaio 2025 è stato modificato il Regolamento di valutazione individuale del personale del comparto sanità - sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Il regolamento tiene conto delle indicazioni contenute nel Decreto Ministeriale 20 novembre 2019, n.164 "Regolamento recante la valutazione del personale di ricerca sanitaria".

La valutazione annuale del personale ricercatore sanitario e del collaboratore professionale di ricerca sanitaria a tempo determinato e a tempo indeterminato avviene annualmente con modalità analoghe a quelle previste per il personale del comparto attraverso schede di valutazione

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

- Ricercatori
- Collaboratori di ricerca (con 6 sottocategorie a seconda dell'area di valutazione dei collaboratori che possono essere valutato, ex DM 164/2019 nelle seguenti aree 1. attività tecniche e di laboratorio; 2. di supporto alla ricerca clinica e alle attività del Comitato Etico (CEUR); 3. attività di documentazione, comunicazione e divulgazione scientifica;

4. gestione dei finanziamenti e dei progetti di ricerca; 5. delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT); 6. per il trasferimento Tecnologico)

Alla valutazione annuale è collegato il sistema di premialità dei ricercatori e dei collaboratori professionali di ricerca sanitaria; il punteggio massimo attribuibile è pari a 48 punti e corrisponde all'ottenimento del 100% del premio incentivante.

È prevista la gradualità dell'attribuzione dei premi incentivanti in relazione al punteggio ottenuto nella scheda di valutazione così come indicato:

Range Punteggio scheda di valutazione	% di premio annuo spettante
Da 0 a 12	0%
Da 13 a 20	60%
Da 21 a 24	90%
Oltre 24	100%

Maggiorazione del premio individuale

Al personale che consegua le valutazioni individuali più elevate è attribuita una maggiorazione del premio individuale non inferiore al 30% del valore medio pro-capite dei premi attribuiti al personale valutato positivamente.

La contrattazione integrativa definisce preventivamente una quota limitata massima di personale valutato a cui tale maggiorazione può essere attribuita.

Incentivo Plus

Per il personale ricercatore sanitario direttamente coinvolto nel conseguimento dei Grant competitivi in qualità di PI/CoPI/Collaboratore principale del gruppo proponente (come da parametri definiti nel DM 164/2019), è previsto il potenziale accesso ad un incentivo in misura proporzionale all'ammontare dei finanziamenti procurati effettivamente assegnati, spesi e rendicontati.

Per accedere all'incentivo plus il ricercatore, nell'arco temporale di durata del progetto, dovrà aver raggiunto, nell'ambito della valutazione individuale, un punteggio pari o superiore a 24, e non dovrà aver riportato sanzioni disciplinari superiori alla multa.

Sarà riconosciuto al ricercatore l'importo pari al 5% dell'incidenza economica del Grant, per un massimo erogabile di € 10.000 (a progetto), che saranno erogati dall'Istituto dopo l'approvazione del rendiconto da parte dell'ente finanziatore.

4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2025

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 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.

I risultati del monitoraggio finale sono stati sottoposti alla verifica dell'OIV nella seduta dd 23.06.26.

Gli esiti sono stati riportati nell'allegato 1.

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 2.

4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento

L'IRCCS continua a rilevare 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 negli anni precedenti, 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 continuerà anche nel 2026 a coinvolgere anche il personale di ricerca nel Sistema di valutazione, migliorando la tipologia di obiettivi assegnati e la divulgazione degli stessi.



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Relazione sulla performance

Anno 2025

Allegato 1

Livello di raggiungimento degli obiettivi collegati alla performance organizzativa - anno 2025

STRUTTURA	% raggiungimento	
	Dirigenza	Comparto
Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata		
S.C. GENETICA MEDICA	99%	-
S.C. GENETICA MEDICA- RICERCA	-	100%
S.C.R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE	93%	-
S.C.R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE- RICERCA	-	100%
S.C.R. RADIOLOGIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO	98%	-
S.C.R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE	97%	-
S.C.R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE- RICERCA	-	100%
Dipartimento di Pediatria		
S.C. PEDIATRIA DI URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	88%	-
S.C.U. CLINICA PEDIATRICA	89%	-
S.C.U. CLINICA PEDIATRICA- RICERCA	-	100%
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	85%	-
S.C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	98%	-
S.C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA- RICERCA	-	100%
S.S.D. GASTROENTEROLOGIA E NUTRIZIONE	96%	-
S.S.D. GASTROENTEROLOGIA E NUTRIZIONE- RICERCA	-	100%
Dipartimento di Chirurgia		
S.C. CHIRURGIA	86%	-
S.C. OCULISTICA	89%	-
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	68%	-
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	80%	-
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA- RICERCA	-	70%
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	90%	-
S.C.U. ODONTOSTOMATOLOGIA PEDIATRICA	99%	-
Dipartimento Materno Neonatale e delle Terapie Intensive		
S.C. NEONATOLOGIA	96%	-
S.C.U. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	76%	-
S.C.U. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA- RICERCA	-	100%
S.C.R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	97%	-
S.C.R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA- RICERCA	-	100%
S.S.D.R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	79%	-
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	91%	-
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	98%	98%
Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa		
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	100%	100%
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	99%	99%
S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	100%	100%
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	100%	100%

STRUTTURA	% raggiungimento	
	Dirigenza	Comparto
S.C. GESTIONE TECNICA EDILE IMPIANTISTICA	99%	99%
<i>Direzione Sanitaria</i>		
S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	94%	94%
S.C. FARMACIA	100%	-
S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	99%	99%
<i>Direzione Scientifica</i>		
DIREZIONE SCIENTIFICA	100%	100%
S.C.R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	99%	99%



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Relazione sulla performance

Anno 2025

Allegato 2 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
- personale della ricerca.

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 97,43% delle schede individuali del personale del Comparto, del 87,31% della Dirigenza area sanità e 100% dei soggetti valutabili della Dirigenza PTA (complessivamente 94,98%).

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:

SCHEDA DIRIGENZA- AREA SANITÀ:

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

- SCHEDA DIRIGENZA AREA SANITÀ con responsabilità di budget
- SCHEDA 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: 197

Numero dirigenti valutati: 172

Si comunica la dott.ssa Nicoletta Santangelo ha prestato servizio in comando presso la Regione FVG per l'anno 2025.

		Dirigenti area sanità	
		num.	%
ottima	Da 87 a 100	118	68,60%
media	da 73 a 86	49	28,50%
sufficiente	da 60 a 72	5	2,90%
NEGATIVA	Inferiore a 60	0	0%
Totale		172	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: 15

Numero dirigenti valutati: 15

Si comunica che la dott.ssa Valentina Rosolen ha prestato servizio in comando presso la Regione FVG per l'anno 2025 e la dott.ssa Luisa Giove ha prestato servizio in comando presso altre Pubbliche Amministrazioni per l'anno 2025.

Percentuale valutati 100 %

		Dirigenti ATP	
		num.	%
ottima	Da 87 a 100	12	80 %
media	da 86 a 73	3	20 %
sufficiente	da 72 a 60	0	0 %
NEGATIVA	Inferiore a 60	0	0%
Totale		15	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: 585

Numero Comparto valutati: 570

		Comparto	
		num.	%
ottima	da 40 a 48	487	85,44 %
media	da 31 a 39	74	12,98 %
sufficiente	da 24 a 30	9	1,58 %
NEGATIVA	inferiore a 24	0	0%
Totale		570	100%

Per il **personale del comparto ricerca** sono state previste due distinte schede di valutazione:

- Ricercatori
- Collaboratori di ricerca (con 6 sottocategorie a seconda dell'area di valutazione dei collaboratori che possono essere valutato, ex DM 164/2019 nelle seguenti aree 1. attività tecniche e di laboratorio; 2. di supporto alla ricerca clinica e alle attività del Comitato Etico (CEUR); 3. attività di documentazione, comunicazione e divulgazione scientifica; 4. gestione dei finanziamenti e dei progetti di ricerca; 5. delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT); 6. per il trasferimento Tecnologico)

Tutte le schede sono composte da 8 items, in analogia alle schede del comparto. 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 Ricercatori valutati: 50**
- **Numero Comparto valutati: 21**

Il punteggio massimo ottenibile con tale scheda è pari a 48 punti e corrisponde all'ottenimento del 100% del premio incentivante.

È prevista la gradualità dell'attribuzione dei premi incentivanti in relazione al punteggio ottenuto nella scheda di valutazione così come indicato: **Range Punteggio scheda di valutazione** **% di premio annuo spettante**

Da 0 a 12	0%
Da 13 a 20	60%
Da 21 a 24	90%
Oltre 24	100

Il punteggio pari a 24 comporta la sufficienza ed è pertanto il punteggio minimo per avere una valutazione positiva.

		ricercatori	
		num.	%
ottima	da 40 a 48	45	90%
media	da 31 a 39	5	10 %
sufficiente	da 24 a 30		%
NEGATIVA	inferiore a 24	0	0%
Totale		50	100%

		Collaboratori di ricerca	
		num.	%
ottima	da 40 a 48	20	95.24 %
media	da 31 a 39	1	4.76%
sufficiente	da 24 a 30		%
NEGATIVA	inferiore a 24	0	0%
Totale		21	100%