

Scheda di budget 2019 DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO - SC - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriata (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B17	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	0	<=6%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	0	>=70%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0		Mantenimento/miglioramento sul dato storico	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0		Relazione	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0		Mantenimento/miglioramento sul dato storico	3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0		Mantenimento/miglioramento sul dato storico	3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0		Pareggio o Utile	3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0		Mantenimento/miglioramento sul dato storico	3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E3	[Ind.Int. 59]	Realizzazione delle attività di controllo interno della appropriatezza delle prestazioni erogate secondo le quote indicate nella DGR 90/2019 [Ind.Int. 59]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe

[Handwritten signature]

Dot. Mario Mercurio del 01-01-2019 al 30-06-2019

Dot. EMANUELE TADÒ - Del 9/05/2019

Il Direttore della struttura:

[Handwritten signature]

Il Direttore del C.d.G

[Handwritten signature]

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi

[Handwritten signature]



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

ANESTESIA E RIANIMAZIONE - SC

Responsabile: DIMITO CAMILLA

Scheda di budget 2019 ANESTESIA E RIANIMAZIONE - SC - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	0	>=70%		3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B26	[Ind.Int. 60]	Indice di Saturazione dei servizi di Anestesia: NUM: Numero di procedure die, come da SDO, per Anestesista/DEN Numero di Giorni lavorativi per Anestesista, come da procedura di rilevazione presenza [Ind.Int. 60]	0	>=90%		3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3	
D	ASPETTI ECONOMICOFINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		2	
D	ASPETTI ECONOMICOFINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3	
D	ASPETTI ECONOMICOFINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3	
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		2	

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		2
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT		PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe

TACCA ROBERTO
 PUTIGNANO COSIMO
 DI APRI LE ROSELLA
 DANIELA AG. RAI
 FERRANTE MICHELE
 FRASCOLA MADDALENA
 RAIANO LILIANA
 PALMISANO FRANCESCO

Francesco Polino
 Giovanni Fusi
 Rosella Di Apri
 Daniela Ag. Rai
 Michele Ferrante
 Maddalena Frascolla
 Raiano

Il Direttore della struttura:

Carmelo Di Iorio

Il Direttore del C.d.G.

[Signature]

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi

[Signature]



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

CARDIOLOGIA - SC

Responsabile: LUZZI GIOVANNI

Scheda di budget 2019 CARDIOLOGIA - SC - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA		EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A1	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B10	[Ind. MES C11a.1.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.1.1]	0	<=230		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B13	[Ind. MES C14.4]	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	0	<4%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'		Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA		Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE		Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA		Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA		Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe

- Dott^{ssa} ANNA MARIA FANIGLIUZZO *[Signature]*
- Dott. MICHELE GESUALDO *[Signature]*
- Dott. EZIO DOGUARDI *[Signature]*
- Dott. FRANCESCO SILVESTRI *[Signature]*
- Dott. GIUSEPPE CASALE *[Signature]*
- Dott^{sa} CRISTINA FONTANA *[Signature]*
- Dott^{sa} CLAUDIA RESTA *[Signature]*
- Dott^{sa} GABRIELLA RICCI *[Signature]*
- Dott^{sa} STELLA RICCO *[Signature]*
- Dott^{sa} ANTONIETTA COFFRESE *[Signature]*

ASL TARANTO
 PREBIDIO OSPEDALIFRO OCCIDENTALE
 CASTELLANETA
 S.C. CARDIOLOGIA
 Dott. BUZZI Giovanni
 Direttore Medico
 Cod. Reg. 957370

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

CHIRURGIA GENERALE

Responsabile:

PEPE ANGELO SANTE

Scheda di budget 2019 CHIRURGIA GENERALE - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A2	[Ind. MES C2a.C]	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriately (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B3	[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	0	<=35%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B6	[Ind. PNE302]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni [Ind. PNE302]	0	>=70%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B29	[Ind. MES C10c]	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	0	<=30gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B32	[Ind. Mes C10.4.3]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon [Ind. Mes C10.4.3]	0	<=15gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B33	[Ind. Mes C10.4.4]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto [Ind. Mes C10.4.4]	0	<=15gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B36	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra-Regione - DRG alta complessità [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=5%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. extra-regione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B38	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B39	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B40	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B43	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Da valutare su serie storica		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B44	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B45	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	In aumento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	In miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	In miglioramento sul dato storico		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'équipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE

Il Direttore della struttura:

Equipe

[Handwritten signatures of the structure director and team members]

DR ANGELO SANTO PEPE
SPECIALISTA IN CHIRURGIA GENERALE
E IN CHIRURGIA ONCOLOGICA
DIRETTORE S. C. DI CHIRURGIA GENERALE
ASLTA P. O. CASTELLANETA

Il Direttore del C.d.G

Il Direttore Generale

[Handwritten signature of the C.d.G. Director]
Il Direttore Generale
v. Stefano Rossi
[Handwritten signature of the General Director]



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

GINECOLOGIA E OSTETRICIA - SC

Responsabile: DEL GAUDIO NICOLA

Scheda di budget 2019 GINECOLOGIA E OSTETRICIA - SC - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA		EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A2	[Ind. MES C2a.C]	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B3	[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	0	<=35%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MATERNO INFANTILE	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	B14	[Ind. MES C7.1 - PNE37]	% Parti cesarei depurati - NTSV - (DGR 191/2018) [Ind. MES C7.1 - PNE37]	0	PN<=1000 parti <=15% PN>1000 parti <=25%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MATERNO INFANTILE	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	B15	[Ind. MES C7.3]	% Episiotomie depurate - NTSV - [Ind. MES C7.3]	0	<=25%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MATERNO INFANTILE	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	B16	[Ind. MES C7.6]	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [Ind. MES C7.6]	0	<5%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B30	[Ind. MES C10c]	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	0	<=30gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B36	[Ind. Mes C10.4.6]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero [Ind. Mes C10.4.6]	0	<=25gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNL A [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA		Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'		Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'		Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		2
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Efficienza Operativa	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA		Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE		Efficienza Uso Risorse	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA		Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	EFFICIENZA	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
E	SANITA' DIGITALE	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	EFFICIENZA	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	PRIVACY	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe SALAMI NICOLA PAOLO *Nicola Paolo Salami*
 MICHELE COCCA *Michele Cocca*
 GIOVANNA IAMMARINO *Giovanna Iammarino*
 VIOLETTA DE PACE *Violetta De Pace*
 SAPONARO EROHORA LEA *Erohora Lea Saponaro*
 CHIARELLI DOMENICO *Domenico Chiarelli*
 DI GILIO ANNA ROSSA *Anna Rossa Di Gilio*
 TERRA LO ANTONIO *Antonio Terra*

Il Direttore della struttura:

M. De Pace

Il Direttore del C.d.G.

Stefano Rossi

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi

Stefano Rossi



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PS)

Responsabile: CETERA MARIO LUIGI BEN

Scheda di budget 2019 MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PS) - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B17	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	0	<=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B18	[Ind. MES C16.1]	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti [Ind. MES C16.1]	0	>=75%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B19	[Ind. MES C16.2]	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	0	>=75%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B20	[Ind. MES C16.10]	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B21	[Ind. MES C16.7]	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	0	>=55%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B22	[Ind. MES C16.4]	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	0	>=90%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B23	[Ind.Int. 03]	% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato [Ind.Int. 03]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B24	[Ind.Int. 52]	% OBI esitati in Ricovero - N. OBI esitati in ricovero / Totali degli OBI in PS [Ind.Int. 52]	0	<=20%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B43	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Da valutare su serie storica		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B44	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B45	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D5	[Ind.Int. 13]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13]	0	In miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbalì		2

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE

ASL.TA
POLO OCCIDENTALE
PRESIDIO OSPEDALIERO di CASTELLANETA
S.C. di MEDICINA e CHIRURGIA
D'ACCETTAZIONE e D'URGENZA
 Direttore: Dott. Mario CETERA

Il Direttore della struttura:

Equipe

Il Direttore del C.d.G

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

MEDICINA GENERALE - SC

Responsabile: (F.F.) TERMITE ANTONIO

Scheda di budget 2019 MEDICINA GENERALE - SC - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA		Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A1	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B10	[Ind. MES C11a.1.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.1.1]	0	<=230		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B11	[Ind. MES C11a.2.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per diabete per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.2.1]	0	<=40		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B12	[Ind. MES C11a.3.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.3.1]	0	<=65		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B13	[Ind. MES C14.4]	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	0	<4%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE		Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE		Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA		Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE		Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNL [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT		PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe LOBARCO CHIARA *de Leo*
CRAFA SILVANA *de Leo*
CAPUZZINATI LAURA *Laura Capuzzinati*
GIORDANO DANIELA *Daniela*
MASSIMO NICHELA *Nichela*
SIMONE OLIVIA F. *Olivia Simone*
POZZI PATRIZIA *Patrizia*
D'ARATO ANGELO *Angelo*
TALIA NICHELA *Nichela*
NICOLARDI ENICA *Enica Nicolardi*

ASL TARANTO
 PRESIDIO OSPEDALIERO OCCIDENTALE
 CASTELLANETA
 S. C. di MEDICINA INTERNA
 Direttore F.F. Dr. Antonio Patrizio TERMITI

Il Direttore della struttura: TERMITI ANTONIO PATRIZIO *Antonio Patrizio Termiti*
 Il Direttore del C.d.G. _____
 Il Direttore Generale Avv. Stefano Rossi *Stefano Rossi*



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SC

Responsabile: GALANTE VITO NICOLA

Scheda di budget 2019 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SC - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA		EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A2	[Ind. MES C2a.C]	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B3	[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	0	<=35%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	0	>=70%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B27	[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	0	>=90%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B28	[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	0	<3		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A		Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA		Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'		Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'		Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA		Efficienza Operativa	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA		Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE		Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA		Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT		PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

ASL TARANTO
PRESIDIO OSPEDALIERO OCCIDENTALE
S.C. ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
DIRIGENTE MEDICO
Dr. Giuseppe BATTISTA
Cod. Reg. 640078

Equipe

[Handwritten signatures of the team members]

Il Direttore della struttura: *[Signature]*

Il Direttore del C.d.G. *[Signature]*

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi
[Signature]



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

PATOLOGIA CLINICA - SSV D

Responsabile: CERVO CARMINE

Scheda di budget 2019 PATOLOGIA CLINICA - SSV D - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D5	[Ind.Int. 13 (*)]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT		PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe

Dr. S. G. Maria
 Antonio Fusco
 Dr. Maria Beltramo
 Lucio Adelfo
 Maurizio Leonardi
 Luca Antonino

REGIONE PUGLIA - A.S.L. TA
 Presidio Ospedaliero Occidentale
 CASTELLANETA
 S.S.D. LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
 DR. CERVO MARINE
 DIRIGENTE MEDICO

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G

Il Direttore Generale


 Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi

TECNICO LABORATORIO BIOMEDICO
 ANTONIETTA CIANCIO
 Antonietta Ciancio



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

PEDIATRIA - SSVD

Responsabile: CINQUEPALMI GIUSEPPE

Scheda di budget 2019 PEDIATRIA - SSVD - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA		EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A1	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.int. 02]	0	<=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B8	[Ind. MES C8a.19.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma [Ind. MES C8a.19.1]	0	<=60		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B9	[Ind. MES C8a.19.2]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per gastroenterite [Ind. MES C8a.19.2]	0	<=150		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infra regione [Ind.int. 04]	0	>=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.int. 17]	Relazione [Ind.int. 17]	0	Relazione		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe

DOTT.SSA LORE' MARIA *Maria Lore'*
 " DI LEO ANGELO *Angelo Di Leo*
 " VITALE DANIELA *Daniela Vitale*

Il Direttore della struttura:

ASL TARANTO
 P.O. San Pio da Pietrelcina
 CASTELLANETA
 S.S.V.D. di PEDIATRIA
 Direttore: Dr. Giuseppe CINQUEPALMI
 Cod. Reg. 923709

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
 v.v. Stefano Rossi



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

CASTELLANETA

Unità Operativa

RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - SC

Responsabile: (F.F.) MANCINI ANTONIO **ELLO**

Scheda di budget 2019 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - SC - CASTELLANETA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg	0	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg	0	2	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione	0	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%	0	3	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile	0	2	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	0	2	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D5	[Ind.Int. 13 (*)]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	0	3	
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1	0	3	

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative	0	2
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2	0	2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali	0	2

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'équipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe

[Handwritten signatures of team members]

ASL TARANTO
 Presidio Ospedaliero Occidentale
 S.C. di DIAGNOSTICA per IMMAGINI
 "Castellaneta - Massafra - Mottola"
 Referente Dott. Antonello MANCINI
 Cod. Regionale 928727
 Cod. Struttura 160076

Il Direttore della struttura: *[Signature]*

Il Direttore del C.d.G. *[Signature]*

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi
[Signature]