



Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO - SC

Responsabile: LEONE MARIA

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

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
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%		2
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'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B17	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	0	<=6%		1
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%		1
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		1
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		2

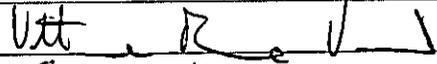
ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	Valore
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 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 fra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		1
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		1
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 incoguenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball		3

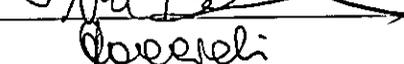
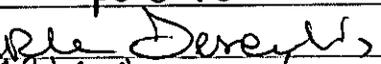
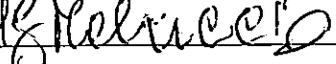
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere 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 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




Il Direttore della struttura:


 IL DIRETTORE MEDICO
 Presidio Ospedaliero Centrale
 (Dott.ssa Maria LEONE)

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale


 Il Direttore Generale
 Dr. Stefano Rossi



ASL TARANTO
 SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA - SC

Responsabile: PIRRELLI MICHELE

Scheda di budget 2019 ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	RESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	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 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		2
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%		1
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		1
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		1
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		1
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	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		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		1

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

Isabella Parigi
Federica
Monica Montone
Giorgia Napoli
Valentina Wajarsa
Marta
Luca
Sabire

ASL TA - Presidio Ospedaliero Centrale
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 S.C. di Anatomia Patologica
 Direttore Dr. Michele PIRRELLI
 Dirigente Medico Cod. Reg. 675550

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

ANESTESIA E RIANIMAZIONE - SC

Responsabile: CACCIAPAGLIA MICHELE

Scheda di budget 2019 ANESTESIA E RIANIMAZIONE - SC - SSANNUNZIATA

						Indicatore 2019	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	RESO	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenze media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSONI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES CS.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 7 giorni dall'ammissione [Ind. MES CS.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	
P	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'	ORGANIZZATIVA	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	ND
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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 PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3	ND
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B43	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		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	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 o 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	

INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E SANITA' DIGITALE EFFICIENZA Miglioramento della copertura e qualità dei flussi Informativi E4 [Ind.Int. 51]	0	-Pleno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
F SANITA' DIGITALE EFFICIENZA Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni. E5 [Ind.Int. 21]	0	<=2		3
F LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT PRIVACY Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze F1 [Ind.Int. 19]	0	2 Verballi		3

Per raggiungimento degli obiettivi è operato con il consenso dell'intero equipio il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intero Equipio. I Responsabili delle UDS e i titolari di incarichi professionali dovranno concordare gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UCCD 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'equipio dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:
 In caso di mancato raggiungimento del risultato atteso dalla scheda indicatore (0-1) o misura (0-1) al valore punto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intende 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

Equipio
 [Handwritten signatures and names of the team members]

[Handwritten signature]
 A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 S.C. Anestesi e Rianimazione - Terapia Antalgica
DIRETTORE
 Dott. Michele CAZZIARABIA
 Cod. Reg. 820175
 Il Direttore della struttura:
 Il Direttore del C.d.G.
 Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi



ASL TARANTO
 SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

CARDIOLOGIA - SC

Responsabile: RUSSO VITANTONIO

Scheda di budget 2019 CARDIOLOGIA - SC - SSANNUNZIATA

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'		ORGANIZZATIVA	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'		ORGANIZZATIVA	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'		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'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	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'		ORGANIZZATIVA	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'		QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B29	[Ind. PNE6]	Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni [Ind. PNE6]	0	>=70%	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%	2	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%	1	
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%	1	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	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'		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 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	2	

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
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 valutarci 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	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	2	



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

CHIRURGIA GENERALE

Responsabile: IARUSSI TEODORICO

Scheda di budget 2019 CHIRURGIA GENERALE - SSANNUNZIATA

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		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di Inappropriatezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	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%		2
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 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'	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'	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	B30	[Ind. Mes C10.4.1]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella [Ind. Mes C10.4.1]	0	<=26gg		2
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		2
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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B34	[Ind. Mes C10.4.5]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone [Ind. Mes C10.4.5]	0	<=25gg		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%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind.int. 04]	% Ricoveri ord. extra-regione [Ind.int. 04]	0	>=10%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B38	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B39	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=2%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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 PNLN [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		2
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%		1
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		2
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		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	In 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	In miglioramento sul dato storico		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	miglioramento sul dato		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero	0	<=1%		2
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		1

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		1
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 Verballi		1

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'equipe 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:

Teodorico Iarussi

A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "SS. Annunziata"
S.C. Di Chirurgia Generale
Direttore
Dott. Prof. Teodorico IARUSSI
Cod. Reg. 956936

Il Direttore del C.d.G.

[Signature]

Equipe

[Signatures of team members]

Il Direttore Generale



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa **CHIRURGIA VASCOLARE - SC**

Responsabile: **IMPEDOVO GIOVANNI**

Scheda di budget 2019 CHIRURGIA VASCOLARE - SC - SSANNUNZIATA

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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatazza (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%		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%		1
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	<288		1
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'	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		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%		2
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		1

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.	ES	[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'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 [<=] o maggiore [>=] 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 = CONVICIENZA E ESAUSTIVE IN 26h. PER PAZIENTI RICORDATI - DRG MEDICI IMPOSTI DAL P.S.

Equipe

[Signature] Antonio LILLO

[Signature] Roberto PRUNELLA

[Signature] Domenico CITO

[Signature] Stefano NOTARSTEFANO

[Signature] Danilo MENNA

[Signature] Fabio GUARINI

ASL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 S.C. DI CHIRURGIA VASCOLARE
 DIRETTORE
 Dott. Giovanni IMPEDOVO
 Cod. Rec. 640694

Il Direttore della struttura: *[Signature]*

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

Il Direttore Generale
 Dr. Stefano Rossi
[Signature]



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

FARMACIA OSPEDALIERA - SC

Responsabile: **MOSCOGIURI ROSA**

Scheda di budget 2019 FARMACIA OSPEDALIERA - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
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		2
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		2
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
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA		EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C4	[Ind.Int. 57]	Miglioramento del rapporto tra prescrizione al primo ciclo terapeutico (diretta) e prescrizioni erogate [Ind.Int. 57]	0	>85%		2
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
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA		EFFICIENZA	Tempi di Pagamento dei fornitori	D7	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 [Ind.Int. 14]	0	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		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 DI VALUTAZIONE:

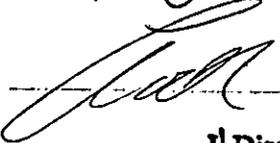
In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore <=) o maggiore >=) al valore posto come obiettivo, l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto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

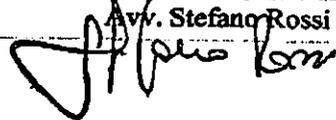
NOTE

Equipe

FILomenA D'ANICO	Tea Russo
MARIELLA DIMATTEO	Luigi Russo
LOREDANA BRANDI	Luca Biol
MARIA ELEMENtINA RESTA	Ma Resto
CHIARA ANGELOTTI	Chiara Cellotti
PATRIZIA SPATOLA	Patrizia Spatola
MARIA GRAZIA DIMAFFINO	Maria Grazia

Il Direttore della struttura: 

Il Direttore del C.d.G. 

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi




ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

GASTROENTEROLOGIA - SC

Responsabile:

Scheda di budget 2019 GASTROENTEROLOGIA - SC - SSANNUNZIATA

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 Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	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) P= 120gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		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 PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) P= 120gg		
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 del 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

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind	Coef. Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
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		
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		
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		
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.		
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		
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		2
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%		
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	Sforico 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 verball 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 <= o maggiore >=) 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

DOCT. RAFFAELS ANNICCHIARIO

DOCT. COSIMO FARUCCI

DOCT. SSA LIBERA FANIGLIULO

DOCT. RAFFAELS LICIMIO

DOCT. SSA ANTONELLA CONTALDO

A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 S.C. Di Medicina Interna
 DIRETTORE
 Dott. Fernando SOGARI
 Cod. Reg. 929369

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

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

GINECOLOGIA E OSTETRICIA - SC

Responsabile: STOLA EMILIO

Scheda di budget 2019 GINECOLOGIA E OSTETRICIA - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind	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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATI VA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATI VA	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'	ORGANIZZATI VA	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'	ORGANIZZATI VA	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'	ORGANIZZATI VA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
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%		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'	ORGANIZZATI VA	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

Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATI VA	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		2
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%		2
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		1
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		2
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		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		1
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		1
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		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		2
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		2
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pleno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pleno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		1

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		1
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

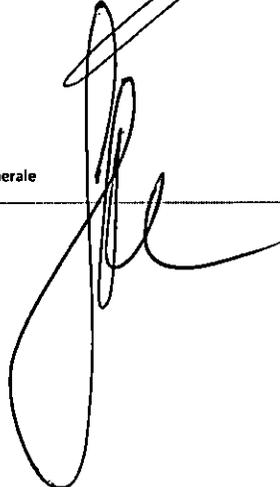
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere 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 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%.

Equipe		Responsabile UOS		Titolare IP	
Mastronardi	Rosario	Coord Ostetr	Caforio	Giulia	
Marra	Maria Letizia	Coord Ostetr	DeFranciscis	Giuseppina	
Altavilla	Tiziana	Nucci	Vincenzo		
Campanelli	Giuseppe	Oliva	Fiorenzo		
Castrovilli	Giuseppina	Perrone	Maria Grazia		
Cuccovillo	Annarita	Porreca	Marisa		
D'Agostino	Giuseppe	Quarta	Simona		
De Marco	Antonio	Simonetti	Cataldo		
De Salvia	Valentina	Stratti	Daniela		
Gentile	Cosima	MACCANTIA	Vitellio	Lucia	
Lucaselli	Raffaella	Zappimbulso	Valeria		
Nesca	Antonella	Zaurito	Vincenzo		

Il Direttore della struttura: 

Il Direttore del C.d.G. 

Il Direttore Generale 



struttura

ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PS) - SC

Responsabile: BELLAVITA GEMMA

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

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
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	Miglioramento sul dato storico		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	Miglioramento sul dato storico		2
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	>=70%		2
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%		2
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	>=85%		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%		2
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 deell.OBI in.PS [Ind.Int. 52]	0	<=20%		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
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	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		1
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		1

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
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		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento del 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 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 al 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 [<=] o maggiore [>=] 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 and names of the team members]

ASL TARANTO

4.S.I TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "SS. Annunziata"
S.C. Di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
DIRETTORE: Dott.ssa Gemma BELLAVITA
Cod. Reg. 928852

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

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

MEDICINA GENERALE - SC

Responsabile: SOGARI FERNANDO

Scheda di budget 2019 - MEDICINA GENERALE - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA	OBBIETTIVO	AREA	OBBIETTIVO	ID Ind	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'		ORGANIZZATIVA	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'		ORGANIZZATIVA	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'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	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'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	B11	[Ind. MES C11a.2.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) [Ind. MES C11a.2.1]	0	<=40		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	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		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	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%		1
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%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		1
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'		ORGANIZZATIVA	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

Stabilimento "SS. Annunziata"
 S.C. Medicina Interna
 DIRETTORE
 Dott. Fernando SOGARI
 Cod. Reg. 025369

ID Macro	MACRO-AREA	OBBIETTIVO	AREA	OBBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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 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		2
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%		1
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		2
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		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		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	D5	[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

						Indicatore	Valore 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 è affidato 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 valore dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso deve essere inferiore [≤] o maggiore [≥] 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

Giuseppe Manfredi
Stefano Ricci
Stefano Ricci

A.S.L. TA-FRESIDIA OSPEDALIERO CENTRALE
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 S.C. Di Medicina Interna
 DIRETTORE
 Dott. Fernando SOGARI
 Cod. Reg. 929369

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

[Signature]
[Signature]
 Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi
[Signature]



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa MEDICINA NUCLEARE - SC

Responsabile: LAURIERO FILIPPO

Scheda di budget 2019 MEDICINA NUCLEARE - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	RESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	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 PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2
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
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	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		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		2
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	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		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		3

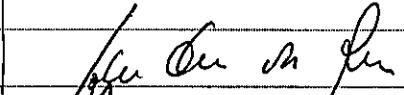
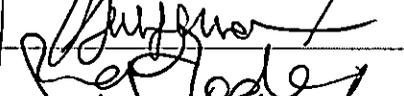
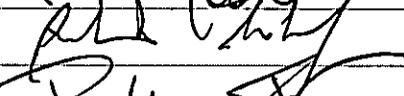
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere 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 DI VALUTAZIONE:

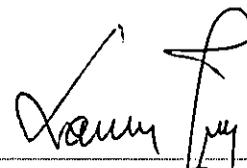
In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non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

NOTE

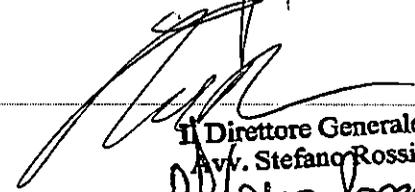
Equipe

di ROSA SALVATORE	
FERRARESE Antonio	
MODA Programmisti	
NOTARISTEFANO Antonio	
PORCIULANO Francesco	
SURIANO Vincenzo	
ORIGLIA Carlo CTSRN	

Il Direttore della struttura:

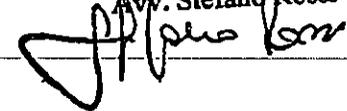


Il Direttore del C.d.G.



Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi





ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

MEDICINA TRASFUSIONALE - SC

Responsabile: SERLENGA EMILIO

Scheda di budget 2019 MEDICINA TRASFUSIONALE - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	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 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
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
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	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		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		2
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	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
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 DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [≤] o maggiore [≥] 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

Francesco Poutto
Roberto Caputo
M. S. Angelo
Ricci John
Bene' Leonardo Lupari
[Signature]
[Signature]
Luca Stano
[Signature]
Ahmed Samir
[Signature]

[Signature] INFERMIERO
[Signature] Tec. Su Lab.
 ASL TA - Presidio Ospedaliero Centrale
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 S.C. Di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
 Direttore Dr. Emilio Maria SERLENGA
 Dirigente Medico Cod. Reg. 531789

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G

Il Direttore Generale

[Signature]
 Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi
[Signature]

Scheda di budget 2019 NEFROLOGIA - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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%		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%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		1
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'	ORGANIZZATIVA	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'	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 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	OBBIETTIVO	AREA	ID Ind	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
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 betalattamas), 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	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		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		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

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
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 incongruenze	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 DI VALUTAZIONE:
In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [=] o maggiore [>] 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]

Lucia Sanna

Stefano Rossi

Valeria Caputo

Luca Caputo

Anna Quattrone

M. Bellantone

Stefano

[Handwritten signature]

ASL TA
P.O.C. Ospedale "SS Annunziata"
Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi
Direttore: dott. Luigi Morrone
Cod. Reg. 857190

Il Direttore della struttura: _____

Il Direttore del C.d.G _____

Il Direttore Generale _____

[Handwritten signature]
Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

NEUROCHIRURGIA - SC

Responsabile: COSTELLA GIOVANNI BATTISTA

Scheda di budget 2019 NEUROCHIRURGIA - SC - SSANNUNZIATA

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 inappropriata (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%		2
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 % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		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'	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		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		1
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		1
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		2

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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		
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 27/03/2016)	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
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		2
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pleno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pleno 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 incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verballi anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verballi		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 DI VALUTAZIONE:
In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [<=] o maggiore [>=] 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 Sup. Cantone Dott. Giuseppe Cantone
Neurochirurgia
CEC04025

13/3/2019

CON RISERVA PER MALCATA CORRESPONSIONE
DEL PREMIO DI PRODUTTIVITA' 2017
D.G. ~~Masso~~ ~~Fiorino~~ ~~Ferraro~~
~~Di Stefano~~ (DR ZEUGA NICOLA)
~~Di Stefano~~ Di che ca
Di Stefano (DR GIGANTE NICOLA)
Di Stefano
K. Boumari
Schirabelli

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

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

NEUROLOGIA - SC

Responsabile: INTERNO' SAVERIO

Scheda di budget 2019 NEUROLOGIA - SC - SSANNUNZIATA

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		2
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%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	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%		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 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'		ORGANIZZATIVA	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) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		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 PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) P= 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	ID Ind	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		2
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		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		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		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		2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball		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 <=) o maggiore >=) 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 the team members]

A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
 STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA"
 STRUTTURA COMPLESSA DI NEUROLOGIA
 DIRETTORE: Dott. Savino

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

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

NEURORADIOLOGIA - SC

Responsabile: (F.F.) BURDI NICOLA

Scheda di budget 2019 NEURORADIOLOGIA - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	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 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
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
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	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		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		2
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	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		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 Verballi		3

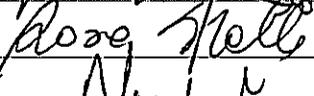
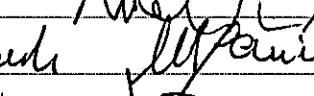
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere 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 DI VALUTAZIONE:

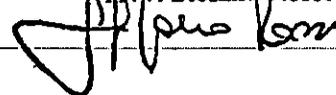
In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non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

NOTE

Equipe

DOTT. SSA VELIA LEFONS 
 Dr. De Rosa Stello 
 Dr. Nicola Maria Lucarelli 
 Dr. SSA Maria Pia Caricini 
 Dr. Giuseppe Bottari 
 Dr. LUIGI GALICIA 

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
 Ospedale "SS. Annunziata"
 Struttura Complessa di NEURORADIOLOGIA
 DIRETTORE f. - Dr. Nicola BURDI
 Tel. 099.929930

Il Direttore della struttura: DOTT. NICOLA BURDI
 Il Direttore del C.d.G. 
 Il Direttore Generale Avv. Stefano Rossi




ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Responsabile: SCIALPI LORENZO

Scheda di budget 2019 ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA - SSANNUNZIATA

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		2
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 Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		2
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%		2
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	>=90%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B26	[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	0	>=90%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B27	[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	0	<3		2
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%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. extra-regione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B38	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B39	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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

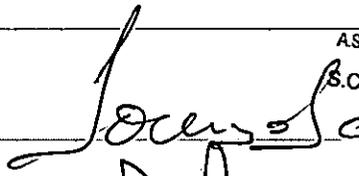
ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: 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 2016-2019)	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		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	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		2

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	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
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
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 negative		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		2
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

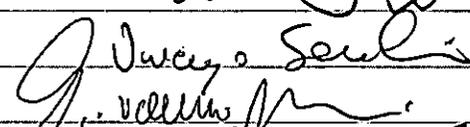
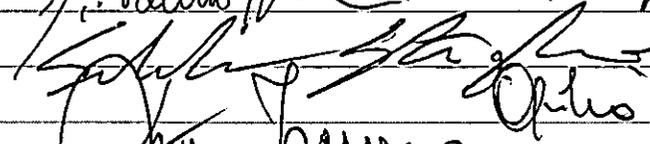
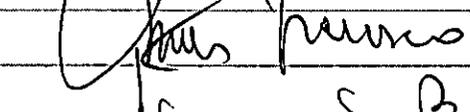
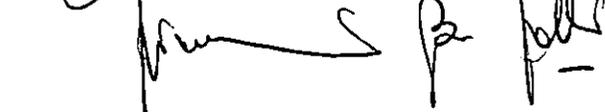
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere 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.

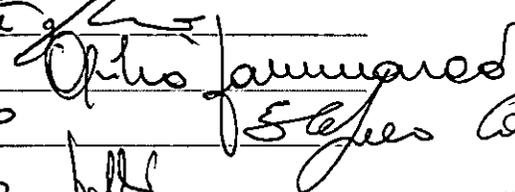
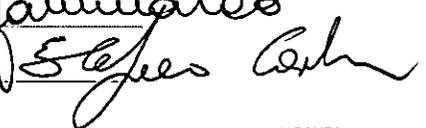
NOTE DI VALUTAZIONE: a seconda del verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso deve essere inferiore o superiore al valore numerico posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; si intenderà raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra 16 e 35%; non raggiunto per scostamenti superiore al 35%.

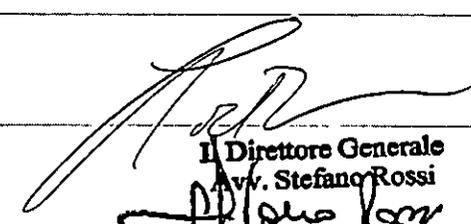
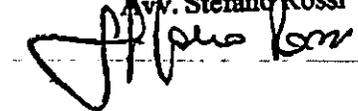
NOTE

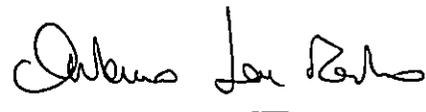
Il Direttore della struttura: 
 ASL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 S.C. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
 DIRETTORE
 Dott. Lorenzo SCIALPI
 Cod. Reg. 640677

Equipe

Il Direttore del C.d.G. 
 Il Direttore Generale
 Dr. Stefano Rossi
 Il Direttore Generale 





ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

PATOLOGIA CLINICA - SC

Responsabile: TRIPALDI ROSA

Scheda di budget 2019 PATOLOGIA CLINICA - SC - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	CCSO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	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 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
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%		1
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		1
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		1
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		1
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	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		2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		1

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 DIRIGENTI S.C. PATOLOGIA CLINICA P.O.C.

Modestina Coleccchi	Mare Lidige Mura
Elisabetta Nocelli	Severino
Antonella Elbo	Viale
Alvina Favone	Paolo
Maurice	Stefano
Debora Sepolar	M. D'Augusta
Daniela	Antonio
Sue	Franco
Enrico	Stefano

A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
 Str. Bilimonto "SS. Annunziata"
 S.C. PATOLOGIA CLINICA
 DIRETTORE
 Dr.ssa Rosa Tassi
 Cod. Reg. 929105

Il Direttore della struttura: *Rosa Tassi*

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

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi
[Signature]

COORDINATORI: *Stefano Rossi*
Annie



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

PEDIATRIA

Responsabile: CECINATI VALERIO

Scheda di budget 2019 PEDIATRIA - SSANNUNZIATA

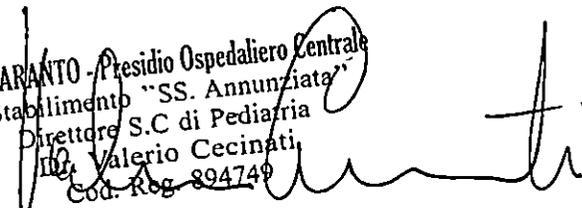
ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A1	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0	0	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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 Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%	2	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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	<=50	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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	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%	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. extra-regione [Ind.Int. 04]	0	>=10%	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B38	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B39	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=2% >=85%	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa 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	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg =85%	3	

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa 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 U= 3gg B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali)	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	P= 120gg 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 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	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	In miglioramento sul dato storico	1	
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	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%	1	
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 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 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/UQSD 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.

ASL TARANTO - Presidio Ospedaliero Centrale
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 Direttore S.C di Pediatria
 Dr. Valerio Cecinati
 Cod. Rog. 894749



ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
----------	----------------------	------	-----------	-------	-------------------	------------	--------------	-------------	------------------	------

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 TARANTO Presidio Ospedaliero Centrale
 Stabilimento "SS. Annunziata"
 Direttore S.C. di Pediatria
 Il Direttore della struttura: Valerio CECINATI
 Cod. Reg. n° 894749

Il Direttore del C.d.G

IL DIRETTORE GENERALE
 (Avv. Stefano RUSSI)

Equipe

Iolanda Cimellaro IOLANDA CIMELLARO
MARIA FELICIA CASTRODIARO MARIA FELICIA CASTRODIARO
SILVIA TONELLI SILVIA TONELLI
ANGELA PIERRI ANGELA PIERRI
EMILIO SANCESARIO EMILIO SANCESARIO
PIETRO ARMANDO PELOSO PIETRO ARMANDO PELOSO
ROBERTA KORONIKA ROBERTA KORONIKA
SANCERARDI MARIA MURIELANGUARDI



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

Responsabile:

Scheda di budget 2019 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - SSANNUNZIATA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicator e	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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 PNLIA [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	B43	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Da valutare su serie storica		
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		
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e del 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	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	In miglioramento sul dato storico		
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		
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	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	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	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

Il Direttore della struttura:

[Handwritten signature]

Il Direttore del C.d.G

[Handwritten signature]

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi

Equipe

[Handwritten signatures and names of the team members]
 Dr. MASSARI GABRIANO
 (Dr. SSA SURA A.)
 DR. DELIO MONACO
 DR. ALESSANDRA PRIATICO
 DR. GIUSEPPE MELUCCI
 DR. SA MURIAM FAVANE
 DR. SA ROSANA ANTONAZZO
 DR. SA SERENA GANINO
 DR. SA TOMICA RAGUSO
 Dr. CATARDO GALASSO
 Dr. ROMOLO RUSSO
 Dr. TODARO ANTONIO GIUSEPPE

Il Direttore Generale

[Handwritten signatures and names of the management team]
 DR. DEL BUONO FABRIZIO
 DR. A'ETHOM
 DR. SSA ELDA CERRA RESTA
 DR. SA A. RIVA (ASSENTE + MATERNITA')
 DR. SA M. CHIATANTE (ASSENTE + MATERNITA')



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

UROLOGIA - SC

Responsabile: **GROSSI FRANCESCO SAVERIO**

Scheda di budget 2019 UROLOGIA - SC - SSANNUNZIATA

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 inappropriatazza (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'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B5	[Ind. MES C5.3]	Percentuale di prostatectomie transuretrali [Ind. MES C5.3]	0	>=85%		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	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	B32	[Ind. Mes C10.4.2]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata [Ind. Mes C10.4.2]	0	<=45gg		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%		1
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 PNL A [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		1
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%		2
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		2
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		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		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	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		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		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

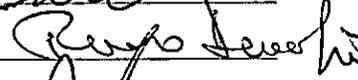
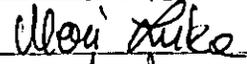
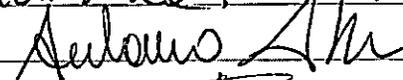
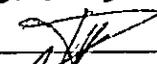
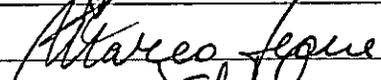
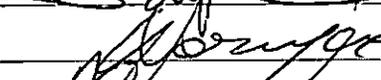
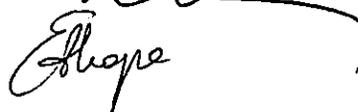
ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione 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		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		1

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.

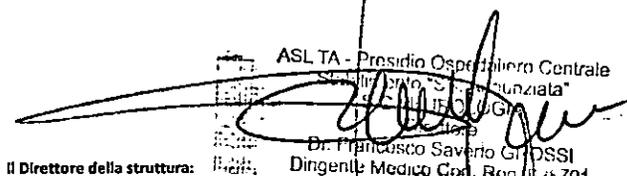
NOTE DI VALUTAZIONE:

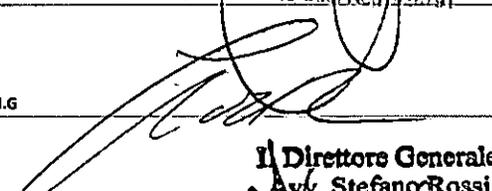
In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non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

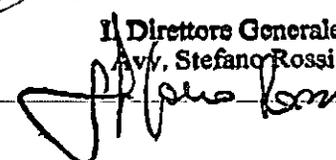
NOTE IN RELAZIONE ALLA RIGA 10 e 11 (ATTIRAZIONE EXTRA REGIONALE)
SI FA NOTARE CHE IL VALORE ISTORICO (0%) HA NOTORIEMENTE BENTRO

Equipe DR. A. DE CILLIS 
 CPSS TARANTO ASSISTENZA 
 DR. SER. LUKA MERI 
 DOTT. DI BINTO 
 DOTT. TANESIO MARRI 
 DR. LEONE MARCO 
 DR. ANGELO D'EUA 
 DR. GIOVANNI LORUSSO 
 DR. CARRIGRI ANTONIO 
 DR. EUSA ZIARA 

ASL TA - Presidio Ospedaliero Centrale
 Servizio di Urologia "S. S. Annunziata"
 Dr. Francesco Saverio GROSSI
 Dirigente Medico Cor. Rep. 15.791

Il Direttore della struttura: 

Il Direttore del C.d.G. 

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi 



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SSANNUNZIATA

Unità Operativa

UTIN - SC

Responsabile: FORLEO ORONZO

Scheda di budget 2019 UTIN - SC - SSANNUNZIATA

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'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		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%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	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 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

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
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	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		2
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		
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		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	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	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	RESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pleno 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		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 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]

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

SET 118

Unità Operativa

CENTRALE OPERATIVA SET 118 - SC

Responsabile: BALZANELLI MARIO GIOSUE'

Scheda di budget 2019 CENTRALE OPERATIVA SET 118 - SC - SET 118

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicator e	INDICATORE	storico 201	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
Y	S118	0	Garantire continuità nei percorsi di governo clinico e nella gestione del rischio	Y1	[Ind.Int.1S118]	Relazione sulle attività della Centrale 118 e delle Postazioni Territoriali del SET. [Ind.Int.1S118]	0	Evidenza documentale		3
Y	S118	0	Adozione di protocolli al fine di una corretta definizione del Triage telefonici da Centrale Operativa.	Y2	[Ind.Int.2S118]	Redazione dei protocolli [Ind.Int.2S118]	0	Evidenza documentale		3
Y	S118	0	Tendenziale azzeramento del numero di ricorsi alla Autorità Giudiziarla ovvero dei reclami eventualmente presentati all'URP	Y3	[Ind.Int.3S118]	Numero ricorsi o reclami [Ind.Int.3S118]	0	Tendenziale Azzeramento		1
Y	S118	0	Rispetto delle tempistiche d'intervento per area urbana ed extraurbana previste dalla legislazione nazionale vigente.	Y4	[Ind. MES C16.11]	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) [Ind. MES C16.11]	0	<=19		3
Y	S118	0	Interventi in codice Rosso, riferiti ad episodi relativi a patologie tempo dipendenti, trasportati correttamente secondo le indicazioni della rete Hub&Spoke, del D.M. 70/2016	Y5	[Ind.Int.4S118]	% Accessi in P.S. con codice rosso correttamente centralizzati	0	>=85%		2
Y	S118	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante gli indicatori di qualità della Società Italiana dei Sistemi 118 (SIS118)	Y1	[Ind.Int.4S118]	Relazione [Ind.Int.4S118]	0	Relazione		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'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE DI VALUTAZIONE:

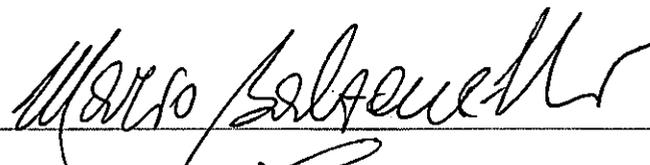
In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [<=] o maggiore [>=] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto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

Equipe

~~DR. P. DISTRATIS~~
~~DR C. FICOTRENO~~
~~Dott. mc. FABIOLA GIANNOCERA RO~~
~~DOTT.SSA MARIA SIMONE~~
~~DOTT. CORRADO PRESTA~~

Indirizzo ~~DR. B. BACCARO C.I.~~

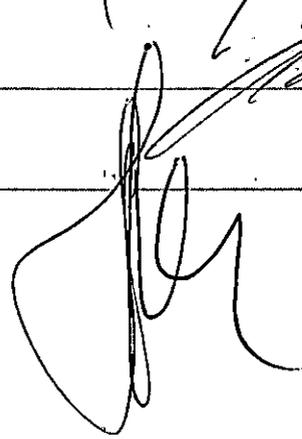
Il Direttore della struttura:



Il Direttore del C.d.G.



Il Direttore Generale





ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SGMOSCATI

Unità Operativa

EMATOLOGIA

Responsabile: MAZZA PATRIZIO

Scheda di budget 2019 EMATOLOGIA - SGMOSCATI

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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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	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%		1
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% >=85%	*	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa 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	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg >=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'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa 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] Adesione al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i soggetti affetti da Talassemia in aderenza alla istituzione della "Rete della talassemia e delle emoglobinopatie" della Regione Puglia (DGR 712/2018) INDICATORE: n. soggetti affetti da TDT seguiti secondo PDTA sul n. totali soggetti affetti TDT (Vedi Protocollo allegato alla DGR) [Ind.Int. 50]	0	U=3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg	Δ	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo	B42	[Ind.Int. 50] [Ind.Int. 50]	Adesione al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i soggetti affetti da Talassemia in aderenza alla istituzione della "Rete della talassemia e delle emoglobinopatie" della Regione Puglia (DGR 712/2018) INDICATORE: n. soggetti affetti da TDT seguiti secondo PDTA sul n. totali soggetti affetti TDT (Vedi Protocollo allegato alla DGR) [Ind.Int. 50]	0	1	≠	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		1
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		1
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%		2
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)	CI	[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

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
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 o sul dato storico		1
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 o sul dato storico		1
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	In miglioramento o sul dato storico		1
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 o sul dato storico		1
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 o sul dato storico		1
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 comunemente 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
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		2
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 Verballi		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'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.

NOTE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
----------	----------------------	------	-----------	-------	-------------------	------------	--------------	-------------	------------------	------

Il Direttore della struttura:

Roberto Mar

Il Direttore del C.d.G.

[Signature]

Equipe

Albergo
Roberto Mar
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

Il Direttore Generale



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SGMOSCATI

LA DIREZIONE REGIONALE
Sindacato "S. Maria"
29 APR. 2019

Unità Operativa

GERIATRIA - SSVD

Responsabile: DI MAGGIO ANTONIO

Scheda di budget 2019 GERIATRIA - SSVD - SGMOSCATI

ID Macro	MACRO-AREA	OGGETTIVO	AREA	OGGETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
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'		ORGANIZZATIVA	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'		ORGANIZZATIVA	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'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%	2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	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'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	B11	[Ind. MES C11a.2.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) [Ind. MES C11a.2.1]	0	<=40	2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	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	2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	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%	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%	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'		ORGANIZZATIVA	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
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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 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	2
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		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	2
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	2
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	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	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	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	2
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	OGGETTIVO	AREA	OGGETTIVO	ID Ind	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 04]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 04]	0	1	3
E	SANITA' DIGITALE		EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pleno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pleno 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	2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT		PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	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/UDSD 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 (<=) o maggiore (>=) 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 SI FA PRESENTE CHE ALCUNI ITEMS NON DIPENDONO DALL'ATTIVITA' DI STRUTTURA (per es. 3.38)
PER ALTRA MONA IL DATO COMPARATIVO DELLO STATO

Equipe PER PRESA VISIONE

- Antonio Pizzari
- [Signature]
- [Signature]
- [Signature]
- [Signature]
- [Signature]

ASL TA - Presidio Ospedaliero Centrale
Stabilimento "SG. Muscati"
S.S.D. Dipartimentale di Geriatria
Dirigente Medico Responsabile
Il Direttore della struttura: Antonio Pizzari
Il Direttore del C.d.G. [Signature]
Il Direttore Generale Avv. Stefano Rossi



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SGMOSCATI

Unità Operativa

MALATTIE INFETTIVE - SC

Responsabile: BUCCOLIERO GIOVANNI BATTISTA

Scheda di budget 2019 MALATTIE INFETTIVE - SC - SGMOSCATI

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDind	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico.2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	RESO
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'		ORGANIZZATIVA	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'		ORGANIZZATIVA	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'		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'		ORGANIZZATIVA	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%	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 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%	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	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'		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 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	

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
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	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	1	
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	

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 Verballi	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 DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [<=] o maggiore [>=] 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]

ASL TA - Presidio Ospedaliero Centrale
 Stabilimento "SG. Moscati"
 S.C. di Malattie Infettive
 Dr. Giovanni Battista BUCCOLIERO
 DIRETTORE: Cod. Reg. 929035

Il Direttore della struttura: *[Signature]*

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

Il Direttore Generale
 Dr. Stefano Rossi
[Signature]



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SGMOSCATI

Unità Operativa

OCULISTICA

Responsabile: ADDABBO GIUSEPPE

Scheda di budget 2019 OCULISTICA - SGMOSCATI

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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	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%		2
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		2
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'	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%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. extra-regione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B38	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B39	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=2% >=85%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa 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	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg >=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'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa 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= 120ggU=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	B43	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Da valutare su serie storica		2
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%		2
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 sul consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	In aumento sul dato storico		2
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche 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 o sul dato storico		2
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 o sul dato storico		1
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 o 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 o sul dato storico		2

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	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		2
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		2
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pleno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pleno 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 incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		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

Il Direttore della struttura:

Equipe

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Stefano ROSSI)

Scheda di budget 2019 ONCOLOGIA - SC - SGMOSCATI

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2011	Target 2019	RISULTATO O ATTESO	P. 3
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'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	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%		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%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infra regione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		1
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%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	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 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		2





ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	storico 201	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
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 27/03/2016)	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		2
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		2
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		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	Mantenimento/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	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		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		2
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	ID Ind.	Codice Indicatore	INDICATORE	storico 201	Target 2019	RISULTATO ATTESO
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	?
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 Verball	?

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

(CORSANEA RODOLI)

[Handwritten signatures and names]

ASL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
 Stabilimento S.G./MOSCATTI
 STRUTTURA COMPLESSA di ONCOLOGIA MEDICA
 Direttore: Dott. Salvatore PISCONTI
 C.d.G. Reg. 929049

Il Direttore della struttura _____

Il Direttore del C.d.G _____

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi
[Signature]



ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SGMOSCATI

Unità Operativa

OTORINOLARINGOIATRIA - SC

Responsabile: (F.F.) CARDUCCI FABIO

Scheda di budget 2019 OTORINOLARINGOIATRIA - SC - SGMOSCATI

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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriata (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		1
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 CA.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES CA.1.1]	0	<=35%		1
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 % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		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%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		1
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%		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		1
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		1
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		2
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 27/03/2016)	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		2
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		2
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		1
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		1
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		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		2
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]	Pleno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pleno 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

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball		1

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 A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "S.G. MOSCATTI"
Struttura Semplice Dipartimentale
di OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Emanuel CARROZZA
Dirigente Medico Cod. Reg. 3571

A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "S.G. MOSCATTI"
Struttura Semplice Dipartimentale
Dr. Mario LEANTE
Dirigente Medico Cod. Reg. 929133

STABILIMENTO "S.G. MOSCATTI"
S.C. CONTROLLO DI GESTIONE - FACOLTA'
Dott. CARACIOLO GIUSEPPE
Dirigente - Cod. Reg. 030028

ASL TA - Presidio Ospedaliero Centrale
Stabilimento "S.G. MOSCATTI"
S.C. di Otorinolaringoiatria
Dr. Giuseppe CARROZZA
Dirigente Medico Cod. Reg. 929685

ASL TA - Presidio Ospedaliero Centrale
Stabilimento "S.G. MOSCATTI"
S.S.D. di Otorinolaringoiatria
Dott.ssa Maria Assunta DE CILLIS
Dirigente Medico Cod. Reg. 929179

A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "S.G. MOSCATTI"
Struttura Semplice Dipartimentale
Dr. Emanuele CARROZZA
Dirigente Medico Cod. Reg. 3571
DS CESAR LUCA ACQUARIVA

A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "S.G. MOSCATTI"
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Fabio CARROZZI
Cod. Reg. 929086

Il Direttore della struttura: _____

Il Direttore del C.d.G. _____

Il Direttore Generale Avv. Stefano Rossi

Il Direttore Generale _____

ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SGMOSCATI

Unità Operativa

PNEUMOLOGIA - SC

Responsabile: (F.F.)D'ALAGNI GIANCARCO

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DDMANDA 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	2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedate/Territorio	B1Z	[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'	ORGANIZZATIVA	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%	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	B3B	[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 C2.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C2.5]	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'	ORGANIZZATIVA	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'	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	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

ASL TARANTO
Stabilimento Ospedaliero Centrale
Struttura Complessa di SGMOSCATI
Dott. Giancarlo D'Alagni
Direttore f.f. Cod.Reg. 928099

ID Macro	MACRO-AREA	OBBIETTIVO	AREA	OBBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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'	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 ECONOMICI-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile	1
D	ASPETTI ECONOMICI-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F10.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F10.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	3
D	ASPETTI ECONOMICI-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 ECONOMICI-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 ECONOMICI-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
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 00]	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
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. 11]	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 verbal anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball	3

raggiungimento degli obiettivi e operato con riferimento al concorso dell'intera équipe, il Direttore della UOC o de. D partimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe e i Responsabili delle UOC e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSC 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 D'AVVERTENZE
In relazione al verso del obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [<] o maggiore [>] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intende 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 *[Signature]*
[Signature]

ASL TA P.O.C.
Stabilimento "S.G. Moscati"
U.O.C. di Pneumologia
Dott.ssa Sdanganelli Antonia

[Signature]
ASL Taranto Ospedale Centrale
Stabilimento "S.G. Moscati"
UOC di Pneumologia
Dr. Christian RUSSO
Dirigente Medico Ged. Reg. 957310

ASL Taranto Ospedale Centrale
Stabilimento "S.G. Moscati"
U.O.C. di Pneumologia
Responsabile Prof. Giancarlo D'ALAGNI
Tel. 099-551685835

Il Direttore della struttura: *[Signature]*
Il Direttore del C.d.G. *[Signature]*
Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi *[Signature]*

ASL Taranto Ospedale Centrale
Stabilimento "S.G. Moscati"
Struttura Complessa di Pneumologia
Dott. Giancarlo D'Alagni
Direttore M. Cod. Reg. 929309



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

SGMOSCATI

Unità Operativa

RADIOTERAPIA - SC

Responsabile: SILVANO GIOVANNI

Scheda di budget 2019 RADIOTERAPIA - SC - SGMOSCATI

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	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 Limitando alle visite vedi nota
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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 PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3 Limitando alle visite vedi nota
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%		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	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		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		vedi nota 0
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 vedi nota

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 Vedi nota
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli internl.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2		3 Vedi nota
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		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 (<=) o maggiore (>=) 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

A.U.S.L. TA/1- Presidio Ospedaliero
Centrale- Stabilimento S.G. Moscati
Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica
Dott.ssa Grazia LAZZARI
DIRIGENTE MEDICO - Cod. 929050

A.U.S.L. TA/1- Presidio Ospedaliero
Centrale- Stabilimento S.G. Moscati
Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica
Dott.ssa M. Giovanna MONIS
ASISTENTE MEDICO - Cod. 929061

A.S.L. TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "S.G. Moscati"
C.E. di Radioterapia Oncologica
Dott.ssa Rita MARSELLA
Cod. Reg. 929055

ASL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "S. G. Moscati"
S.C. di radioterapia Oncologica
Dott.ssa M. LUISA CLARIZIO
Dirigente Medico - Cod. Reg. 957483

ASL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "S.G. Moscati"
Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica
Dott.ssa A. Rita MARSELLA
Dirigente Medico - Cod. Reg. 929055

A.U.S.L. TA/1- Presidio Ospedaliero
Centrale- Stabilimento S.G. Moscati
Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica
Dott.ssa M. Antonietta SOLOPERO
Dirigente Medico Cod. Reg. 929636

A.U.S.L. TA/1- Presidio Ospedaliero
Centrale- Stabilimento S.G. Moscati
Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica
Dott.ssa A. Rita MARSELLA
DIRIGENTE MEDICO - Cod. 929059

Il Direttore della struttura:
A.U.S.L. TA/1- Presidio Ospedaliero
Centrale- Stabilimento S.G. Moscati
Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica
PRIMARIO: Dott. Giovanni SILVANO
Codice nr. 929055

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi

ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET 2019