



# ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO - SC

Responsabile: MALAGNINO GIANFRANCO

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

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 inappropriatezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B17	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	0	<=6%		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	>=70%		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'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0		Mantenimento/miglioramento sul dato storico	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0		Relazione	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0		Mantenimento/miglioramento sul dato storico	3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0		Mantenimento/miglioramento sul dato storico	3



ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO O ATTESO	PESO
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E3	[Ind.Int. 59]	Realizzazione delle attività di controllo interno della appropriatezza delle prestazioni erogate secondo le quote indicate nella DGR 90/2019 [Ind.Int. 59]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		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 [ $\leq$ ] 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

*Manuela Faelli*  
*[Signature]*  
*[Signature]*

Presidio Ospedaliero "Valle d'Itria"  
 IL DIRETTORE (MEDICO)  
 Dott. Gianfranco Malagnino

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

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Responsabile: RUBINO ANTONIO

Scheda di budget 2019 ANESTESIA E RIANIMAZIONE - MARTINAFRANCA

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 chirurgica	B4	[Ind. MESC3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MESC3]	0	<2gg		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%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES CS.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES CS.2 - PNE420]	0	>=90%		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
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		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 valutarci attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B45	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3



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%		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		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 incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3

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

NOTE

ASL TA - P.O. "Valle d'Itria" - Martina  
92900 Dott. Antonio Rubino  
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSO  
ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

Il Direttore della struttura:

*[Signature]*

Il Direttore del C.d.G.

*[Signature]*

Equipe

*[Multiple signatures of the team members]*

Il Direttore Generale

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





# ASL TARANTO

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

CARDIOLOGIA

Responsabile: PORTULANO VINCENZO

Scheda di budget 2019 CARDIOLOGIA - MARTINAFRANCA

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 % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B10	[Ind. MES C11a.1.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.1.1]	0	<=235		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'	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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B39	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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
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

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. 200 del 22/02/2016)	B45	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	In aumento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	In miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	In miglioramento sul dato storico		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
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		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 esterne		3



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

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera 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

TA - P.O. "Valle d'Itria" - MARTINA F  
 S.C. DI CARDIOLOGIA  
 28786 - Dott. Vincenzo Portulano  
 DIRETTORE

Il Direttore della struttura:

*Portulano*

Il Direttore del C.d.G

*[Signature]*

Equipe

DOTT.SSA TERESA PASCENTE

*Teresa Pascente*

DOTT. MASSIMO SGOBBA

*M. Sgozza*

DOTT. DAVIDE DE SANTIS

*D. De Santis*

DOTT.SSA FRANCESCA DE PASCALIS

*Francesca De Pascalis*

DOTT.SSA SERENA DI MARINO

*Serena Di Marino*

DOTT.SSA ESTER NUCCI

*Ester Nucci*

DOTT.SSA ANNA MAMIGRASSO

*Anna MamiGrasso*

DOTT.SSA FRANCESCA CORTESE

*Francesca Cortese*

DOTT.SSA TERESA CELLAMARÉ

*Teresa Cellamare*

CAPOSALA MARIA PALMISANA

*Maria Palmisana*

Il Direttore Generale

Av. Stefano Rossi

Il Direttore Generale

*[Signature]*



ASL TARANTO  
 SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

CHIRURGIA GENERALE - SC

Responsabile: BUONFANTINO MASSIMO

Scheda di budget 2019 CHIRURGIA GENERALE - SC - MARTINAFRANCA

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'		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%		2
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		1
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%		2
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		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B33	[Ind. Mes C10.4.3]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon [Ind. Mes C10.4.3]	0	<=15gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B34	[Ind. Mes C10.4.4]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto [Ind. Mes C10.4.4]	0	<=15gg		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%		2
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'		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



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	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		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		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)	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		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		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		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		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









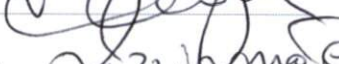


ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int.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

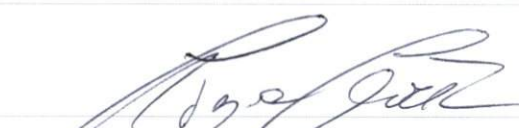
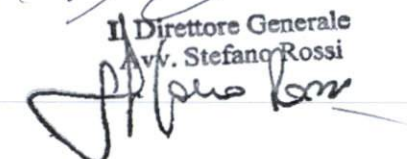
Dr. ROSELLINI ANSELMO   
 Dr. FRATTINI PAOLO   
 Dr. PRANZO GIUSEPPE   
 Dr. Tosi Carlo   
 Dr. MARTELLI   
 Dr. SANACINO ANDREA   
 Dr. ANDRIOLA VALERIA   
 CPSI ZIZZI DONATELLA   
 ROBERTO PALMIERI 

ASL TA - P.O. Valle d'Itria - Martina Franca  
 S.C. di CHIRURGIA GENERALE  
 Direttore  
 677721 - Dott. Massimo Bonfantino  
 COD.FISC. - BNP/MSM64T0799020

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

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

GINECOLOGIA E OSTETRICIA - SC

Responsabile: (F.F.) VINCI MARTINO ORAZIO

Scheda di budget 2019 GINECOLOGIA E OSTETRICIA - SC - MARTINAFRANCA

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'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		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%		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%		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		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%		1
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%		3
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%		2
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%		2
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		/
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		/
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'		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

ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET 2019



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		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		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'		Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 27/03/2016)	B48	[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 27/03/2016)	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		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	Mantenimento/miglioramento 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	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%		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	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		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		1

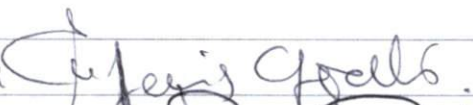




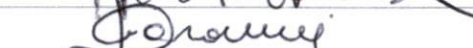


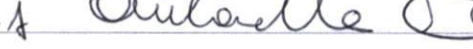
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere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

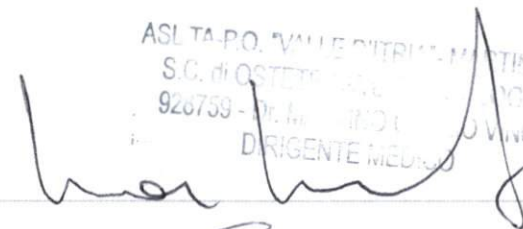
NOTE

Equipe

ZUCCHIA GIACOMINI   
 ZINTO BRUNO   
 PELLEGRINO ANNAROSA   
 ZURLO ANTONELLA   
 ANNESE ALBERTO   
 CARAMIA SABRINA   
 LORUSSO MASSIMO   
 TURRISI ANTONELLA   
 BRUNI SONATELLA 

ASL TA-P.O. "VALLE CRITRINA" MARTINA F.  
 S.C. di OSTETRICIA GINECOLOGIA  
 928759 - Dr. M. ...  
 DIRIGENTE MEDICO

Il Direttore della struttura:



Il Direttore del C.d.G.



Il Direttore Generale

Il Direttore Generale  
 Dr. Stefano Rossi





# ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PS) - SC

Responsabile: RICOTTA ANTONIO

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

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B17	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	0	<=6%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B18	[Ind. MES C16.1]	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti [Ind. MES C16.1]	0	>=75%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B19	[Ind. MES C16.2]	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	0	>=70%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B20	[Ind. MES C16.10]	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B21	[Ind. MES C16.7]	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	0	>=55%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B22	[Ind. MES C16.4]	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	0	>=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%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B24	[Ind.Int. 52]	% OBI esitati in Ricovero - N. OBI esitati in ricovero / Totali degli OBI in PS [Ind.Int. 52]	0	<=20%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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		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
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



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%		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 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:

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

*Indirizzo Amministrativo*  
*Alfonso Angelo*  
*Antonio*  
*Alessandra Hanna*  
*Roberto Salemi*  
*Marco*  
*Roberto* *Marco*  
*Luca De Luca*  
*Giuseppe*  
*Mirko*  
*Giuseppe*  
*Giuseppe*

REGIONE PUGLIA  
 ASL TA - P.O. "Valle d'Itria"  
 S.C. di Medicina e Chirurgia  
 d'Accettazione e d'Urgenza  
 Direttore: Dr. Antonio Ricotta

Il Direttore della struttura:

*Antonio Ricotta*

Il Direttore del C.d.G.

*Stefano Rossi*

Il Direttore Generale





ASL TARANTO  
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

MEDICINA GENERALE - SC

Responsabile: LELLA ANTONIETTA

Scheda di budget 2019 MEDICINA GENERALE - SC - MARTINAFRANCA

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 % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B10	[Ind. MES C11a.1.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per scempeso 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	B11	[Ind. MES C11a.2.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per diabete per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.2.1]	0	<=40	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B12	[Ind. MES C11a.3.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.3.1]	0	<=65	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		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	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'		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	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	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%	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 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	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative	3	
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2	3	
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali	3	

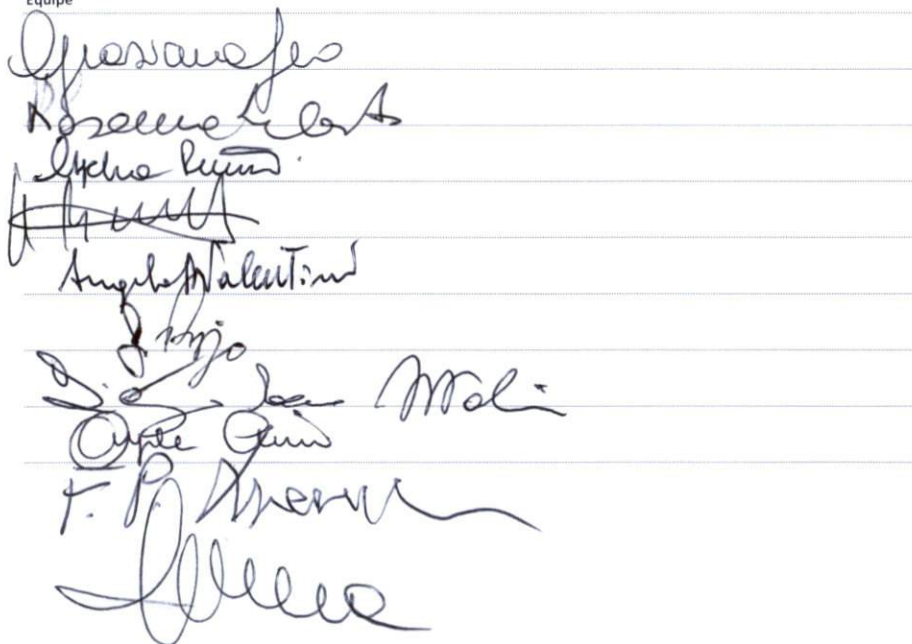
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere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

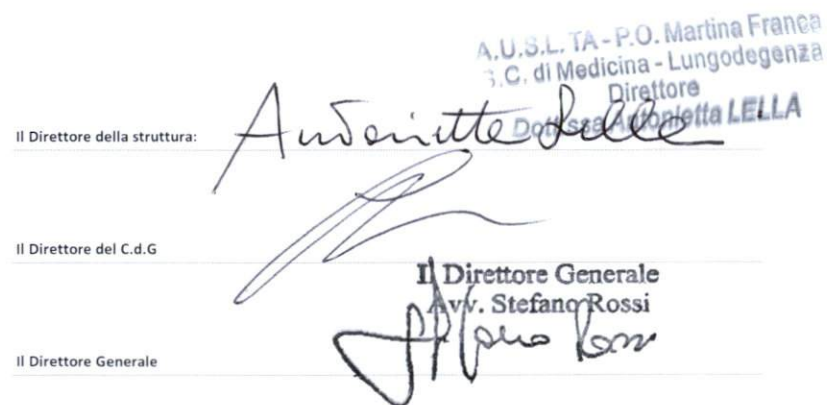
NOTE DI VALUTAZIONE:

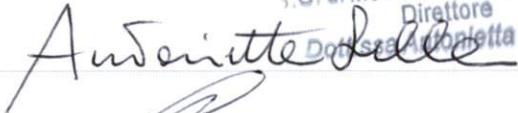

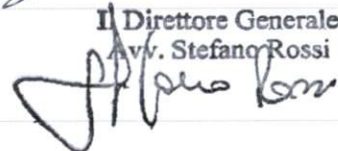
In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [ $\leq$ ] o maggiore [ $\geq$ ] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il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

NOTE

Equipe




  
 A.U.S.L. TA - P.O. Martina Franca  
 S.C. di Medicina - Lungodegenza  
 Direttore  
 Dott.ssa Antonietta LELLA

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





**ASL TARANTO**  
 SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

**MARTINAFRANCA**

Unità Operativa

**NEFROLOGIA - SSVD**

Responsabile: **MARANGI ANNALISA**

Scheda di budget 2019 NEFROLOGIA - SSVD - MARTINAFRANCA

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	0	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%	<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%	>80%	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%	<10%	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B13	[Ind. MES C14.4]	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	0	<4%	<4%	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%	>2%	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%	>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		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		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	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		



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	mantenuto	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	mantenuto	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		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		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%	<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	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	pieno	2



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	<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	3

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe

*[Handwritten signatures of the team members]*

ASL TA PO Valle d'Itria Martina F.  
S.S.D. Di Nefrologia e Dialisi  
338682  
Dirigente Medico  
C.F. 00141480721

Il Direttore della struttura:

*[Handwritten signature]*

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale  
Avv. Stefano Rossi  
*[Handwritten signature]*





ASL TARANTO  
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SC

Responsabile: PELLICANI NICOLA SAVINO

Scheda di budget 2019 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SC - MARTINAFRANCA

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'		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 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		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'		QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	0	>=70%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B27	[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	0	>=90%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B28	[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	0	<3		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%		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'		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	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		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%		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		3



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

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe

*[Handwritten signature]*  
 Domenico Speciale  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

ASL TA - P.O. Valle d'Itria - Martina Franca  
 S.C. di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 928744 - Dr. Nicola Savino Pellicani  
 Direttore  
 C.F. - PLLNLS800200C136P

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G

Il Direttore Generale

*[Handwritten signature]*  
 Il Direttore Generale  
 Avv. Stefano Rossi  
*[Handwritten signature]*





**ASL TARANTO**  
 SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

**MARTINAFRANCA**

Unità Operativa

**PATOLOGIA CLINICA - SSVD**

Responsabile: **RUTA ROSARIA CARMELA**

Scheda di budget 2019 PATOLOGIA CLINICA - SSVD - MARTINAFRANCA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg	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 PNL A [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	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	/	
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	
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	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 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

COMPARTO

DIRIGENTI:

*[Handwritten signatures and initials]*  
 P-p.v. *[Signature]*  
*[Signature]*

ASL TA - P.O. Valle d'Itria - Martina F.  
 S.S.D. PATOLOGIA CLINICA  
 Dr.ssa Rosaria C. RUTA  
 DIRETTORE

*[Handwritten signature of Dr.ssa Rosaria C. RUTA]*

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G

Il Direttore Generale

*[Handwritten signature]*  
 Il Direttore Generale  
 Avv. Stefano Rossi  
*[Handwritten signature]*



Scheda di budget 2019 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - MARTINAFRANCA

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 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	B44	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione	3	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B45	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%	3	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile	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	3	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D5	[Ind.Int. 13]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13]	0	In miglioramento sul dato storico	3	
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 Indicator e	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	?	
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 Verballi	?	

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

NOTE

ASL TA - P.O. "Vito d'Itria" Martina Franca  
S.C. Di Diagnostica per Immagini  
929162 Dott. Tommaso MAGLI  
Direttore

Il Direttore della struttura \_\_\_\_\_  
 Equipè \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Il Direttore del C.d.G \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale  
 Dr. Stefano Rossi





# ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MARTINAFRANCA

Unità Operativa

UROLOGIA - SSVD

Responsabile: BARNABA DONATO

Scheda di budget 2019 UROLOGIA - SSVD - MARTINAFRANCA

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA		EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A2	[Ind. MES C2a.C]	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		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%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		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%		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					>=85%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		ORGANIZZATIV A	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	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3



ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo 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 Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
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



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

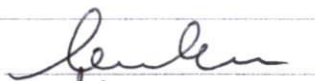


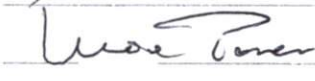

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere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

Dr CORNIO CRISTINA   
 Dr ANTONIO GIULIA   
 Dr TOTTA ROSSANA   
 Dr ALIZO CAVALLI   
 CPSE LUCA PASTI 

Il Direttore della struttura:

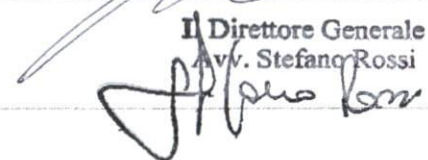


ASL TA - P.O. "Valle d' Itria" Martina F.  
 S.S.D. di UROLOGIA  
 928794 Dott. DONATO BARNABA  
 Dirigente Medico Responsabile

Il Direttore del C.d.G.



Il Direttore Generale

  
 Il Direttore Generale  
 Avv. Stefano Rossi