

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. MATERA - P.O. POLICORO

DIRETTORE U.O.: DR. FRANCESCO DIMONA

DIPARTIMENTO: D.E.A.

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre-requisito di valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Gestione sale operatorie: adozione (in condivisione con le UU.OO. chirurgiche) e applicazione di protocolli operativi per ottimizzazione utilizzo sale operatorie (rispetto orari di inizio attività Chirurgiche e riduzione tempi morti tra interventi).	Percentuale di sedute che rispettano lo standard	100%	2	
2	Elaborazione e condivisione con la U.O. di Anatomia Patologica di Matera di una procedura / percorso per il trasporto e conservazione dei campioni operatori, in ottemperanza al Regolamento (UE) 2015/491 di riclassificazione della formalina	Predisposizione della procedura per il trasporto e conservazione dei campioni operatori, in ottemperanza al Regolamento (UE) 2015/491 di riclassificazione della formalina nel I semestre dell'anno - reports di implementazione e monitoraggio della stessa nel secondo semestre anno	nella seconda metà dell'anno (giugno - dicembre) il 100 % dei campioni operatori devono essere in conformità con la procedura adottata in conformità al Regolamento (UE) 2015/491	3	
3	Strategie per il controllo del dolore: utilizzo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore - Piani Terapeutici individuali x pz. dimessi con dolore cronico	reports su consumo farmaci oppioidi anno precedente / reports su consumo farmaci oppioidi anno in corso; reports su prescrizione farmaci / anno precedente /anno in corso	< 1,6 (0%) - da 1,6 a 2,1 (50%) > 2,1 (100%)	2	
4	Strategie per il controllo del dolore: apertura dell'ambulatorio di terapia antalgica	apertura ambulatorio 3 giorni alla settimana	reports CUP	2	
5	Informatizzazione delle consulenze / prestazioni interne	consulenze / prestazioni interne (sia quelle effettuate per altre UU.OO. che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	100% delle prestazioni interne inserite nella procedure SIREP	1	
6	Puntualità della compilazione informatica e della consegna della SDO	report Direzione Sanitaria del P.O.	>80% di SDO consegnate /informatizzate entro 30 gg. dalla dimissione	2	
7	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
8	Realizzazione degli adempimenti connessi alla valutazione individuale dei Dirigenti	Numero di schede di valutazioni consegnate a fine anno/Numero di dirigenti presenti nella U.O.	100% compilazione /valutazione /sottoscrizione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	
		TOTALE		17	

Il Direttore della U.O. di Anestesia e Rianimazione Dr. Francesco DIMONA

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C. PRONTO SOCCORSO P.O. MATERA

DIRETTORE U.O. F.F.: DR.SSA MARGHERITA MARAGNO

DIPARTIMENTO: D.E.A.

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre-requisito di valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Assistenza all'ictus cerebrale al fine dell'implementazione dell'unità di Stroke Unit: collaborazione con le UU.OO. di Neurologia e Medicina, Geriatria, Medicina Fisica e Riabilitazione e la Terapia subintensiva generale x acuti per applicazione percorso della Stroke Unit	verbali degli Incontri congiunti tra le tre UU.OO. interessate per percorso con indicazione degli argomenti trattati e dei risultati raggiunti -	almeno tre incontri verbalizzati - Analisi applicazione l percorso x stroke unit presso il P.O. di Matera	1	
2	Tempestività delle visite ai pz. con codice giallo : visite e/o trattamento entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage)	n. di accessi in P.S.con codice giallo visitati entro 30 minuti / n. di accessi in P.S.con codice giallo	tempi di attesa per la presa in carico inferiore a 30 minuti: = >70%	2	
3	Tempestività delle visite ai pz. con codice verde : visite e/o trattamento entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage)	n. di accessi in P.S.con codice verde visitati entro 1 ora / n. di accessi in P.S.con codice verde	tempi di attesa per la presa in carico inferiore a 1 ora: = >50%	2	
4	% di accessi al P.S. con codice verde, non inviati al ricovero, oppure ad Osservazione Breve con tempi di permanenza entro le 4 ore	n. di accessi in P.S.con codice verde non inviati al ricovero o all 'Osservazione Breve con tempi di permanenza entro le 4 ore / n. di accessi in P.S.con codice verde non inviati al ricovero o all' Osservazione Breve	tempi di permanenza inferiori a 4 ore: = >80%	2	
5	Qualità informativa: invio dei flussi ministeriali e/o regionali completi e nei tempi previsti	schede di pronto Soccorso e Flussi Emergenza Urgenza DM17 /12/2008 inviati agli uffici regionali e /o ministeriali	schede di P.S , trimestralmente , entro il 15 mese successivo --- Flussi su supporto magnetico/mail (mensile entro il 2 del mese successivo)	3	
6	Prevenzione incidenti domestici e sul lavoro	reports su numero e tipologia degli incidenti domestici, stradali, sul lavoro inviati al Direttore Dip. prevenzione e ai direttori dei Distretti	invio Semestrale dei reports	1	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
7	Accoglienza / assistenza donne con minori vittime di violenza : fornire ospitalità temporanea presso lo spazio dedicato al "percorso rosa", alle donna vittime di violenza, (che non possono rientrare presso la propria abitazione, o non hanno familiari che le possano ospitare), presso il P.S., sino al momento della presa in carico da parte del gruppo di lavoro Casa Rifugio del Comune di Matera, attivo dalle ore 8,00 alle ore 20,00 7/7 giorni sett. secondo quanto previsto dalla Procedura di Lavoro condivisa tra Amministrazione Comunale - Servizio Politiche Sociali - la ASM - la Polizia Municipale - la Polizia di Stato e l'Arma dei Carabinieri di Matera. (Le donne con minori saranno accolte presso la U.O. di pediatria del P.O. di Matera)	reports su: n. donne vittime di violenza che non possono rientrare presso la propria abitazione, o non hanno familiari che le possano ospitare, che si rivolgono al P.O. di Matera e che accettano di essere ospitate temporaneamente in ospedale presso lo "Spazio Rosa" dedicato nel P.S. / n.donne, con le caratteristiche sopra menzionate, accolte e/o assistite temporaneamente nello Spazio Rosa dedicato del P. S. (sino al momento della presa in carico da parte della Casa Rifugio di Matera)	100%	1	
8	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
9	Negoziazione/assegnazione /Valutazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% compilazione /valutazione /sottoscrizione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	
		TOTALE		17	

Direttore U.O. Dr.ssa Margherita MARAGNO

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2020					
UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. GESTIONE EMERGENZA ACCETTAZIONE P.O. POLICORO					
DIRETTORE U.O.: DR. ROCCO DILEO					
DIPARTIMENTO: D.E.A.					
NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre-requisito di valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Tempestività delle visite ai pz. con codice giallo : visite e/o trattamento entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage)	n. di accessi in P.S.con codice giallo visitati entro 30 minuti / n. di accessi in P.S.con codice giallo	tempi di attesa per la presa in carico inferiore a 30 minuti	2	
2	Tempestività delle visite ai pz. con codice verde : visite e/o trattamento entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage)	n. di accessi in P.S.con codice verde visitati entro 1 ora / n. di accessi in P.S.con codice verde	tempi di attesa per la presa in carico inferiore a 1 ora	2	
3	% di accessi al P.S. con codice verde, non inviati al ricovero, oppure ad Osservazione Breve con tempi di permanenza entro le 4 ore	n. di accessi in P.S.con codice verde non inviati al ricovero o all'Osservazione Breve con tempi di permanenza entro le 4 ore / n. di accessi in P.S.con codice verde non inviati al ricovero o all'Osservazione Breve	tempi di permanenza inferiori a 4 ore	2	
4	Verifica e controllo dei pazienti trattenuti in regime di Osservazione Breve intensiva (OBI).	reports su controlli effettuati	Procedura AIRO e SIREP	1	
5	Qualità informativa: invio dei flussi ministeriali e/o regionali completi e nei tempi previsti	schede di pronto Soccorso e Flussi Emergenza Urgenza DM17 /12/2008 inviati agli uffici regionali e /o ministeriali	schede di P.S , trimestralmente , entro il 15 mese successivo --- Flussi su supporto magnetico/mail (mensile entro il 2 del mese successivo	3	
6	Strategie per il controllo del dolore: utilizzo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore Piani Terapeutici individuali x pz. dimessi con dolore cronico	reports su consumo farmaci oppioidi anno precedente / reports su consumo farmaci oppioidi anno in corso; reports su prescrizione farmaci / anno precedente /anno in corso	< 1,6 (0%) - da 1,6 a 2,1 (50%) > 2,1 (100%)	1	
7	Prevenzione incidenti dom. e sul lavoro	reports su numero e tipologia degli incidenti domestici, stradali, sul lavoro inviati al Direttore Dip. prevenzione e ai direttori dei Distretti	invio Semestrale dei reports	1	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
8	Riduzione ricoveri impropri : condivisione / applicazione percorso x ricoveri di pz. in urgenza	procedura AIRO - verbali degli incontri di condivisione / verbali su monitoraggio effettuato su applicaz. Percorso	almeno due incontri di condivisione - almeno un monitoraggio su applicazione percorso	2	
9	Razionalizzazione/Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	2	
10	Appropriatezza Clinica: Riduzione ricoveri medici potenzialmente inappropriati	Numero dei ricoveri per i DRG MEDICI LEA (13,19,47,65,70, 73,74,88,131,133,134,139,142,183,184,187,189,205,208,241,243,245,248,249,251,251,254,256,276,281,282,283,284,294,295,299,301,317,323,324,326,327,329,332,333,349,351,352,369,384,395,396, 399,404,409,410,411,412,426,427,429,465,466,467,490,563,564)	Riduzione dei DRG MEDICI LEA del -15% rispetto all'anno precedente	3	
11	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
12	Negoziiazione/assegnazione /Valutazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% compilazione /valutazione /sottoscrizione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	
		TOTALE		24	

Il Direttore / Dirigente: dr. Rocco DI LEO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. COORDINAMENTO ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR.SSA MARINA FANZIO

DIPARTIMENTO: D.E.A.

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre-requisito di valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Informatizzazione della documentazione anestesiologica e avvio di un sistema informatizzato per la valutazione pre - operatoria	report su aggiornamento del registro anestesiologico e collaborazione all'implementazione del software di sala operatoria	100% di aggiornamenti del registro operatorio	3	
2	Monitoraggio dell'efficacia del trattamento antalgico post - operatorio: predisposizione e condivisione della scheda di valutazione del dolore	scheda di valutazione del dolore condivisa con tutti gli operatori interessati	sperimentazione scheda di valutazione del dolore su almeno 50 pazienti	3	
3	Monitoraggio sul corretto impiego della check list (Boarrding Card) in collaborazione con l'U.O.S.D. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico	report su monitoraggio effettuato	250 di controlli /anno sul corretto impiego della checklist	3	
4	Monitoraggio intra - operatorio con particolare riferimento ad alcuni parametri (temperatura, monitoraggio del blocco neuromuscolare ecc)	report su monitoraggio effettuato	almeno al 5% dei pz deve essere monitorta la temperatura corporea centrale in continuo	3	
5	Contribuire al raggiungimento degli obiettivi della U.O. di anestesia e Rianimazione e del Dipartimento Emergenza Accettazione	relazione del Direttore di Dipartimento	relazione	3	
		TOTALE		18	

Direttore /Dirigente U.O. Dr.ssa Marina FANZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA GENERALE P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. FRANCESCO ROMITO

DIPARTIMENTO: D.E.A.

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre-requisito di valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Formazione del personale medico e del comparto al fine di realizzare il modello gestionale della cosiddetta "Terapia Intensiva aperta"	organizzazione di attività formative	2 attività formative /anno rivolte ai medici e comparto della U.O.	2	
2	Verifica della correttezza delle prescrizioni della terapia antibiotica somministrata ai pz. del reparto	report di verifica da effettuarsi a campione in seguito agli esami forniti dal servizio di microbiologia	almeno 2 verifiche e/o controlli /anno	2	
3	Verifica della corretta prescrizione del trattamento nutrizionale artificiale entrale e parenterale somministrata ai pz. del reparto	report di verifica da effettuarsi a campione sulle prescrizioni effettuate ai pz. del reparto	almeno 2 verifiche e/o controlli /anno	2	
4	Attività di formazione rivolto al personale medico sulla corretta prescrizione della ventilazione artificiale	organizzazione di attività formative	almeno 1 attività formativa /anno rivolta ai medici e comparto della U.O.	1	
5	Razionalizzazione/Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti e al <i>case mix</i> del punto DRG	2	
6	Informatizzazione delle prestazioni / consulenze interne	Percentuale di consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	100% delle prestazioni interne informatizzate inserite nella procedura SIREP	2	
7	Puntualità della compilazione informatica e della consegna della SDO	Informatizzazione e chiusura delle SDO entro 30 gg. Dalla dimissione - reports Direzione Sanitaria del P.O.	>80% di SDO chiuse /informatizzate entro 30 gg. dalla dimissione	3	
8	Formazione dei Dirigenti medici in merito alla corretta compilazione della SDO	Report AIRO e SIREP	almeno due incontri / anno di formazione rivolta ai colleghi sulla corretta compilazione delle SDO	2	
		TOTALE		19	

Direttore /Dirigente U.O. Dr. FRANCESCO ROMITO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. COORDINAMENTO ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE P.O. POLICORO

DIRETTORE U.O.: DR. Nicola MARATEA

DIPARTIMENTO: D.E.A.

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre-requisito di valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Informatizzazione della documentazione anestesiologica e avvio di un sistema informatizzato per la valutazione pre - operatoria	report su aggiornamento del registro anestesiologico e collaborazione all'implementazione del software di sala operatoria	90% di aggiornamenti del registro operatorio	3	
2	Monitoraggio dell'efficacia del trattamento antalgico post - operatorio: predisposizione e condivisione della scheda di valutazione del dolore	scheda di valutazione del dolore condivisa con tutti gli operatori interessati	sperimentazione scheda di valutazione del dolore su almeno 30 pazienti	3	
3	Monitoraggio sul corretto impiego della check list (Boarrding Card) in collaborazione con l'U.O.S.D. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico	report su monitoraggio effettuato	150 di controlli /anno sul corretto impiego della checklist	3	
4	Monitoraggio intra - operatorio con particolare riferimento ad alcuni parametri (temperatura, monitoraggio del blocco neuromuscolare ecc)	report su monitoraggio effettuato	almeno al 5% dei pz deve essere monitorata la temperatura corporea centrale in continuo	3	
5	Contribuire al raggiungimento degli obiettivi della U.O. di anestesia e Rianimazione e del Dipartimento Emergenza Accettazione	relazione del Direttore di Dipartimento	relazione	3	
		TOTALE		18	

Direttore Generale F.F.
Dr. Gaetano ANNESE

Direttore Sanitario F.F.
Dr. Giovanni SANTARSIA

Direttore U.O. Dr. Nicola MARATEA

Direttore di Dipartimento Dr. Francesco DIMONA

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA GENERALE P.O. POLICORO

DIRETTORE U.O.: DR. ANTONIO MAZZARELLA

DIPARTIMENTO: D.E.A.

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre-requisito di valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Formazione del personale medico e del comparto al fine di realizzare il modello gestionale della cosiddetta "Terapia Intensiva aperta"	organizzazione di attività formative	2 attività formative /anno rivolte ai medici e comparto della U.O.	2	
2	Verifica della correttezza delle prescrizioni della terapia antibiotica somministrata ai pz. del reparto	report di verifica da effettuarsi a campione in seguito agli esami forniti dal servizio di microbiologia	almeno 2 verifiche e/o controlli /anno	2	
3	Verifica della corretta prescrizione del trattamento nutrizionale artificiale entrale e parenterale antibiotica somministrata ai pz. del reparto	report di verifica da effettuarsi a campione sulle prescrizioni effettuate ai pz. del reparto	almeno 2 verifiche e/o controlli /anno	2	
4	Attività di formazione rivolto al personale medico sulla corretta prescrizione della ventilazione artificiale	organizzazione di attività formative	almeno 1 attività formativa /anno rivolta ai medici e comparto della U.O.	1	
5	Razionalizzazione/Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti e al <i>case mix</i> del punto DRG	2	
6	Informatizzazione delle prestazioni / consulenze interne	Percentuale di consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	100% delle prestazioni interne informatizzate inserite nella procedura SIREP	2	
7	Puntualità della compilazione informatica e della consegna della SDO	Informatizzazione e chiusura delle SDO entro 30 gg. Dalla dimissione - reports Direzione Sanitaria del P.O.	>80% di SDO chiuse /informatizzate entro 30 gg. dalla dimissione	3	
8	Formazione dei Dirigenti medici in merito alla corretta compilazione della SDO	Report AIRO e SIREP	almeno due incontri / anno di formazione rivolta ai colleghi sulla corretta compilazione delle SDO	2	
		TOTALE		19	

Direttore U.O. Dr. Antonio MAZZARELLA

Direttore U.O. Dr. Antonio MAZZARELLA

Direttore Generale F.F.
Dr. Gaetano ANNESEDirettore Sanitario F.F.
Dr. Giovanni SANTARSIA

Direttore di Dipartimento Dr. Francesco DIMONA

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C. CARDIOLOGIA E UTIC P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. Giacinto CALCULLI

DIPARTIMENTO: DEA - DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE CUORE

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre - requisito di Valutazione: Assolvimento del debito informativo	Procedura CUP	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	% di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 giorni (DGR 395/2019)	n. di episodi IMA in cui il pz. abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni / n. episodi IMA	meno di 34= 0 % - tra 34 e 44 = 50% più di 44 = 100%	2	
2	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	n. di episodi IMA in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg. Dalla data del ricovero indice / n. episodi IMA	più di 10,5 = 0 tra 8,5 e 10,5 = 50% meno di 8,5 = 100%	2	
3	Predisposizione e condivisione con i colleghi della U.O.C. e di tutto il dip. Medico del PDTA del paziente con scompenso prevedendo la gestione ospedaliera e post ospedaliera dalla dimissione , la presa in carico e il follow up	Procedura CUP	presa in carico del 100% pz. dimessi con diagnosi di scompenso		
4	Audit periodici su monitoraggio PDTA	stesura Protocollo diagnostico - terapeutico condiviso con gli operatori del DH di cardiologia sulla patologia in oggetto	almeno 1 audit per PDTA	2	
5	Collaborazione con il DH cardiologico al fine di ridurre le riospedalizzazioni attraverso la somministrazione di terapia inotropica a pz. selezionati , affetti da severa e sintomatica depressione della funzione ventricolare sinistra	N. ric x scompenso residenti 50 - 74 anni / pop.res. Età 50 - 74 anni * 100	applicazione del protocollo al 95 % dei casi	3	
6	Concorrere alla riduz. del tasso di osped. per scompenso cardiaco per pz. residenti età 50 – 74;	Monitoraggio applicazione percorsi	> di 350= 0 % - da 200 a 350 = 50% 200 = 100%	1	
7	Implementazione della rete regionale dello Scompenso Cardiaco ed attivazione dei relativi percorsi	Uguale o minore al dato aziendale del saldo (mobilità attiva meno mobilità passiva) di mobilità ospedaliera interregionale,	100% dei pz. seguiti	1	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
8	Recupero prestazioni specialistiche ambulatoriali pregresse sospese (controlli) per Covid - 19 fino al mese di settembre	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali (controlli) sospese per Covid - 19 recuperate/ Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali (controlli) sospese Covid - 19	>80%	3	
9	Mantenimento / riduzione della spesa farmaceutica nell'ambito dei volumi di produzione programmati	N. ricette / paz. residenti dimessi (ord. +dh)	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	2	
10	Incremento dell'uso del ricettario del SSN alla dimissione ospedaliera e invito ai pz. al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	> = 95	2	
11	Informatizzazione delle prestazioni / consulenze interne	(per singolo medico U.O.) tot. Prestaz. Amb.effettuate in intramoenia / tot. Prestaz. rese in attività istituzionale	100%	3	
12	Attività libero professionale	report Direzione Sanitaria del P.O.	tot. Prestaz.amb. in intramoenia devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALPI)	2	
		TOTALE		26	

Direttore U.O. Dr. Giacinto CALCULI

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. UTIC P.O. POLICORO

DIRETTORE U.O.: DR. LUIGI TRUNCELLITO

DIPARTIMENTO: DEA - DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE CUORE

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre - requisito di Valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Gestione delle SCA - STEMI e N. STEMI in fase acuta, integrandosi con l'U.O. di cardiologia - UTIC di Matera afferenti alla Terapia Intensiva e alla Emodinamica Interventistica, al fine di ridurre i tempi di accesso alle procedure interventistiche ed alla stabilizzazione del paziente	Report sulla gestione post acuta delle SCA - STEMI e N STEMI - Stratificazione del quadro clinico condivisa	100% casi	2	
2	Definizione / monitoraggio del percorso inerente il trasferimento dei pazienti tra l'ospedale di Policoro e quello di Matera.	definizione/ monitoraggio percorso	90% casi	3	
3	Definizione e condivisione con i colleghi del Dip. Medico di PDTA aziendali sulla gestione ed i percorsi delle SCA STEMI / N STEMI e del dolore toracico	definizione percorsi condivisi	almeno 1 percorsi	1	
4	Audit periodici su monitoraggio PDTA	report su audit effettuati	almeno 1 audit per PDTA	2	
5	Mantenimento / riduzione della spesa farmaceutica nell'ambito dei volumi di produzione programmati	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	2	
6	Recupero prestazioni specialistiche ambulatoriali pregresse sospese (controlli) per Covid - 19 fino al mese di settembre	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali (controlli) sospese per Covid - 19 recuperate/ Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali (controlli) sospese Covid - 19	>80%	3	
7	Informatizzazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	100%	2	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
8	Informatizzazione / consegna della SDO entro 30 gg. dalla dimissione	report Direzione Sanitaria del P.O.	>80% di SDO consegnate/ informatizzate entro 30 gg. dalla dimissione	3	
9	Incentivare la prescrizione di beta bloccanti alla dimissione dopo un evento di infarto (IMA)	n. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA / N. pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione	0% (meno di 67%) 50% (tra 67 e 77 %) 100% (più di 77%)	2	
10	Incentivare la prescrizione di ACE inibitori o Sartani alla dimissione dopo un evento di infarto	n. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA / N. pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia ACE inibitori o Sartani alla dimissione	0% (meno di 55%) 50% (tra 55 e 75 %) 100% (più di 75%)	2	
11	Incentivare la prescrizione di anti aggreganti e statine alla dimissione dopo un evento di infarto	n. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA / N. pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia di antiaggreganti e statine alla dimissione	0% (meno di 60%) 50% (tra 60 e 80 %) 100% (più di 80%)	2	
12	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
13	Realizzazione degli adempimenti connessi alla valutazione individuale dei Dirigenti	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% compilazione /valutazione /sottoscrizione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	
		TOTALE		29	

Direttore U.O. Dr. Luigi TRUNCELLITO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. UTIC P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. MICHELE CLEMENTE

DIPARTIMENTO: DEA - DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE CUORE

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre - requisito di Valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Gestione post - acuta delle SCA - STEMI e N STEMI afferenti alla Terapia Intensiva (Centro HUB)	Report sulla gestione post acuta delle SCA - STEMI e N STEMI	100% casi	3	
2	Accelerazione delle procedure interventistiche e la trasferibilità del paziente nel reparto a media intensità di cure	report AIRO e SIREP	70% rispetto ai ricoveri anno precedente	3	
3	Incremento della ricettività dell'UTIC mediante il trasferimento di tutti i pazienti , prima della dimissione , nelle strutture a media intensità di cura della UOC Cardiologia per consentire l' allargamento del bacino d'utenza ai territori limitrofi extraregionali	report AIRO - SIREP (pz. extra regionali anno precedente / pz. extraregionali anno in corso)	50% dei dimessi vivi	3	
4	Definizione e condivisione con i colleghi della U.O. C., del Dip. Emergenza Urgenza e Dip. Medico la revisione ed integrazione dei PDTA aziendali sulla gestione e i percorsi delle SCA - STEMI/N - STEMI e dolore toracico	definizione percorsi	almeno 1 percorso per U.O.	3	
5	Audit periodici su monitoraggio PDTA	aggiornamento PDTA durante la visita clinica giornaliera	almeno 1 PDTA discusso	3	
6	Recupero prestazioni specialistiche ambulatoriali pregresse sospese (controlli) per Covid - 19 fino al mese di settembre	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali (controlli) sospese per Covid - 19 recuperate/ Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali (controlli) sospese Covid - 19	>80%	3	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
7	Mantenimento / riduzione della spesa farmaceutica nell'ambito dei volumi di produzione programmati	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	3	
8	Informatizzazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	30% delle prestazioni interne inserite nella procedura SIREP	1	
		TOTALE		25	

Direttore U.O. Dr. Michele CLEMENTE

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. DEGENZA DI CARDIOLOGIA P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. GIUSEPPE TROITO

DIPARTIMENTO: DEA - DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE CUORE

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
	Pre - requisito di Valutazione Assolvimento del debito informativo	Trasmissione relazioni, dati, schede di valutazione ed altri flussi documentali richiesti	100% riscontro dati e relazioni	3	
1	Appropriatezza Clinica % ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	Numero ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche / Numero ricoveri in DH medico *100	< 23 (100%) - da 23 a 33 (50%) - > 33 (0%)	3	
2	Incentivare la prescrizione di beta bloccanti alla dimissione dopo un evento di infarto (IMA)	n. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA / N. pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta- bloccanti alla dimissione	0% (meno di 67%) 50% (tra 67 e 77 %) 100% (più di 77%)	2	
3	Incentivare la prescrizione di ACE inibitori o Sartani alla dimissione dopo un evento di infarto	n. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA / N. pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia ACE inibitori o Sartani alla dimissione	0% (meno di 55%) 50% (tra 55 e 75 %) 100% (più di 75%)	2	
4	Incentivare la prescrizione di anti aggreganti e statine alla dimissione dopo un evento di infarto	n. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA / N. pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia di anteaggreganti e statine alla dimissione	0% (meno di 60%) 50% (tra 60 e 80 %) 100% (più di 80%)	2	
5	Gestione post - acuta delle SCA - STEMI e N STEMI afferenti alla Terapia Intensiva e alla Emodinamica Interventistica della U.O. di cardiologia - UTIC (Centro HUB)	Report sulla gestione post acuta delle SCA - STEMI e N STEMI	100% casi	2	
6	Assicurare l'efficienza e la ricettività della U.O. mediante il rapido trasferimento e presa in carico di tutti i pz. stabilizzati	report sui trasferimenti	100% trasferimenti e presa in carico dei pz. stabilizzati dall'UTIC al reparto	3	
7	Contenimento ricoveri , accelerando le procedure diagnostiche rivolte ai completamenti procedurali ed alla corretta impostazione del follow up	report AIRO e SIREP	uguale o minore ai ricoveri anno precedente	3	
8	Definizione e condivisione con i colleghi della U.O. C., del Dip. Emergenza Urgenza e Dip. Medico la revisione ed integrazione dei PDTA aziendali sulla gestione e i percorsi delle SCA - STEMI/N - STEMI e dolore toracico	definizione percorsi condivisi	almeno due percorsi	2	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
9	Mantenimento / riduzione della spesa farmaceutica nell'ambito dei volumi di produzione programmati	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti e al <i>case mix</i> del punto DRG	2	
10	Informatizzazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	100%	1	
11	Informatizzazione / consegna della SDO entro 30 gg. dalla dimissione	report Direzione Sanitaria del P.O.	100% di SDO consegnate /informatizzate entro 30 gg. dalla dimissione	3	
		TOTALE		28	

Direttore / Dirigente U.O. Dr. Giuseppe TROITO