

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C. RADIOLOGIA P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. MICHELE NARDELLA

DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO

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	Razionalizzazione e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni (interne ed esterne)	Report sulla razionalizzazione effettuata	riduzione del 5 % delle prestazioni interne a parità di attività svolte dai reparti	2	
2	Contribuire all'appropriatezza delle prescrizioni delle prestazioni: Tasso di ospedalizzazione RM muscolo scheletriche per 1000 residenti > o uguale 65 anni	n. di accessi RM muscolo scheletriche x pazienti maggiori o uguali 65 anni / popolazione residente uguale o > di 65 anni	più 30% (0%) - tra 20 e 30 (50%) - meno di 20% (100%)	2	Da concordare con i MMG
3	Appropriatezza prescrittiva diagnostica: % di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	Pz che effettuano una RM lombare nei 365 gg. Successivi alla prima prestazione / pz. che effettuano RM lombare nell'anno precedente	più 8 (0%) - tra 6 e 8 (50%) - meno di 6 (100%)	2	
4	Audit con le UU.OO. ospedaliere e con il Pronto Soccorso (organizzati anche con la Direzione Sanitaria del Presidio) dedicati all'analisi delle richieste di prestazioni interne effettuate dai reparti ospedalieri, al fine di razionalizzare le richieste e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni	relazione dettagliata sulle attività svolte sui risultati raggiunti	almeno due	2	
5	Consulenze interne: Implementazione delle procedure di comunicazione con i reparti per la gestione del posto letto, della day surgery e del day service; evadere le richieste interne non urgenti entro 4 gg.	relazione su applicazione procedura	relazione su applicazione procedura	2	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
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	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	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	
9	Attività libero professionale	(per singolo medico U.O.) tot. Prestaz. Amb.effettuate in intramoenia / tot. Prestaz. rese in attività istituzionale	tot. Prestaz.amb. in intramoenia devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALPI)	2	
		<b>TOTALE</b>		<b>20</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C. PATOLOGIA CLINICA P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. EUSTACHIO VITULLO

DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO

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	Attività di supporto alle strutture amministrative regionali, SUARB, per la redazione dei capitoli tecnici per il rinnovo delle forniture di service di laboratorio.	Report sulle attività svolte	100% riscontro dati e relazioni	3	
2	Partecipazione e collaborazione ai gruppi di lavoro regionali e aziendali per le attività previste dal piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico- resistenza (PNCAR) 2017-2010: Delibera di giunta Regionale n°106/2018	Report sulle attività svolte	100% riscontro dati e relazioni	3	
3	Collaborare con le UU.OO. ospedaliere per la definizione e successiva attivazione di percorsi condivisi inerenti le attività da svolgere, garantendo il numero di prestazioni di laboratorio concordate per ogni pacchetto di attività assistenziali	definizione percorsi condivisi	definizione e successiva effettuazione delle prestazioni di laboratorio concordate	3	
4	Coordinamento, organizzazione e gestione delle attività del Laboratorio Unico Logico (delib.az. 792/2015)	relazione sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100% riscontro dati e relazioni	3	
6	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	

Direttore U.O. Dr. Eustachio VITULLO

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

Direttore di Dipartimento Dr. Michele NARDELLA

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
7	Collaborazione con la Direzione Sanitaria Ospedaliera nell'ambito del controllo delle Infezioni Ospedaliere	verbale degli incontri	100% riscontro dati e relazioni	3	
8	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	
9	Autorizzazione / Accredimento delle strutture sanitarie pubbliche: collaborare, per le proprie competenze, alle attività finalizzate ad ottenere l'autorizzazione sanitaria definitiva e i percorsi di accreditamento per la U.O. di Patologia Clinica, del P.O. di Matera e Patologia Clinica	collaborazione con le UU.OO. interessate (Qualità e accreditamento, Gestione tecnica ecc.) al fine di ottenere l'autorizzazione sanitaria e i percorsi di accreditamento entro il 31.12.2020 per le UU.OO. di Patologia Clinica di Matera	Collaborare con le altre strutture aziendali interessate, al fine di Inviare in regione, entro il 31 /12/2020 della domanda di autorizzazione definitiva e percorsi di accreditamento per le strutture prima definite	2	
10	Assicurare l'esecuzione degli esami diagnostici dei tamponi per COVID- 19, compatibilmente con le risorse assegnate	N. tamponi analizzati / N. tamponi richiesti	100%	3	
		<b>TOTALE</b>		<b>25</b>	

Direttore U.O. Dr. Eustachio VITULLO

Direttore Generale F.F.  
Dr. Gaetano ANNESE

Direttore Sanitario F.F.  
Dr. Giovanni SANTARSIA

Direttore di Dipartimento Dr. Michele NARDELLA

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C. SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. GIANFRANCO GIANNELLA

DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO

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	Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività nella U.O. in rapporto alla forza lavoro in servizio, alla domanda di prestazioni rilevata e agli obiettivi aziendali e regionali, (riduzione delle liste di attesa per le prestazioni).	Relazione dettagliata del Direttore sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	Relazione dettagliata del Direttore sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	2	
2	Obiettivi DGR 606/2010: monitoraggio appropriatezza terapia trasfusionale, razionalizzazione dei consumi di plasma	reports su consumi albumina e plasma	Relazione dettagliata del Direttore sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	2	
3	Applicazione e monitoraggio delle procedure sul buon uso del sangue degli emocomponenti e dei plasmoderivati / Incremento della plasmaferesi produttiva - Consolidamento C.Q.I. e V.E.Q.	Monitoraggio delle procedure sul buon uso del sangue ed emoderivati e analisi degli scostamenti da quanto previsto dalle Linne Guida ministeriali. Controlli di qualità interna (C.Q.I.) ed esterna (V.E.Q.)	rispetto del 90 % delle direttive Linee Guida naz. controlli per V.E.Q.- rispetto dei requisiti richiesti 90 % controlli per C.Q. I. 98 %	3	
4	Razionalizzazione delle prestazioni intermedie: applicazione e monitoraggio protocolli di verifica sull' appropriatezza delle prestazioni richieste dai reparti	report sulle attività svolte e sui risultati raggiunti (analisi / applicazione protocollo)	stesura e applicazione di un protocollo condiviso	2	
5	Invio di plasma all'industria farmaceutica convenzionata in cambio di farmaci emoderivati (albumina e immunoglobuline); calcolo del guadagno economico per l'Azienda	procedura	> = anno 2019	3	
6	Coordinamento, organizzazione e gestione delle attività e del personale del Servizio immunotrasfusionale del P.O. di Policoro	relazioni periodiche sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100% di adempimenti	3	

**Direttore Generale F.F.**  
**Dr. Gaetano ANNESE**

**Direttore Sanitario F.F.**  
**Dr. Giovanni SANTARSIA**

**Direttore U.O. Dr. Gianfranco GIANNELLA**  
**Direttore di Dipartimento Dr. Michele NARDELLA**

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
7	Autorizzazione / Accredimento delle strutture sanitarie pubbliche: collaborare, per le proprie competenze, alle attività finalizzate ad ottenere l'autorizzazione sanitaria definitiva e i percorsi di accreditamento per la U.O. di SIT Matera e Policoro	collaborazione con le UU.OO. interessate (Qualità e accreditamento, Gestione tecnica ecc.) al fine di ottenere l'autorizzazione sanitaria e i percorsi di accreditamento entro il 31.12.2019 per le UU.OO. di SIT di Matera e Policoro	Collaborare con le altre strutture aiendali interessate, al fine di Inviare in regione, entro il 31 /12/2019 della domanda di autorizzazione definitiva e percorsi di accreditamento per le strutture prima definite	3	
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	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
10	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	
		<b>TOTALE</b>		<b>26</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR.SSA MARIA ANTONIETTA BRUNO

DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO

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	Elaborazione e condivisione con le Sale Operatorie di Matera e Policoro di una procedura / percorso per il trasporto e conservazione dei campioni operatori, in ottemperanza al Regolamento (UE) 2015/491 di riclassificazione della formalina	applicazione e condivisione con le U.O. 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	100 % dei campioni operatori devono essere in conformità con la procedura adottata in conformità al Regolamento (UE) 2015/491	3	
2	Studio della conformità tra diagnostica intraoperatoria e diagnosi definitiva	relazione dettagliata sulle attività svolte sui risultati raggiunti	90%	1	
3	Riorganizzazione del percorso di accettazione e dei campioni esterni e consegna referti.	percorso	almeno un percorso	2	
4	Esecuzione degli esami estemporanei intraoperatori nella fascia oraria 8 – 14 dal lunedì al venerdì e 15 – 18 lunedì e mercoledì	Organizzazione orario di lavoro della U.O. nelle fasce orarie programmate	100% richieste soddisfatte	3	
5	Informatizzazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	90%	3	
6	Attività per le prestazioni richieste in regime di ricovero	risposta entro 14 giorni lavorativi ad esclusione dei casi che necessitano di ulteriori approfondimenti diagnostici	risposta entro 14 giotni lavorativi	3	
7	Utilizzo del tariffario regionale per la esecuzione e valorizzazione delle prestazioni interne ed esterne ed inserimento delle prestazioni interne nel CUP interno	procedura CUP	100% delle prestazioni intrne inserite nella procedura CUP interno secondo tariffa del tariffario regionale	3	

**Direttore Generale F.F.**  
**Dr. Gaetano ANNESE**

**Direttore Sanitario F.F.**  
**Dr. Giovanni SANTARSIA**

**Direttore U.O. Dr.ssa Maria Antonietta BRUNO**  
**Direttore di Dipartimento Dr. Michele NARDELLA**

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	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
10	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	
		<b>TOTALE</b>		<b>26</b>	



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. LABORATORIO DI CITOGNETICA MOLECOLARE P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. DOMENICO DELL'EDERA

DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO

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	Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività nella U.O. in rapporto alla forza lavoro in servizio, alla domanda di prestazioni irilevata e agli obiettivi aziendali e regionali, (riduzione delle liste di attesa per le prestazioni)	relazione dettagliata del Dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	riduzione del 50 % liste di attesa	2	
2	Predisposizione di capitolati tecnici per l'aggiornamento e potenziamento delle apparecchiature e attività diagnostiche	n. capitolati aggiornati / n. totale capitolati	100%	1	
3	Partecipazione a programmi VEQ/ CEQ per il settore di biologia molecolare	relazione dettagliata del Dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	2	
4	Sviluppo di protocolli - collaborazioni con le realtà laboratoristiche presenti nella struttura o in altre strutture regionali con sedi Universitarie.	Protocolli	almeno 1 protocollo	2	
5	Collaborazione con la U.O. di Ostetricia e Ginecologia per l'individuazione di indagini di laboratorio utili alla diagnosi prenatale.	relazione dettagliata del Dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	lista indagini di laboratorio condivisa	2	
6	Partecipazione a trias clinici con produzione di pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali	relazione dettagliata del Dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti		2	
7	Implementazione delle procedure di comunicazione con i reparti per la gestione del posto letto, della day surgery e del day service	procedura	reports sull'applicazione procedura	2	
8	Condivisione ed attivazione, con le UU.OO. ASM, di protocolli di diagnostica avanzata	Protocolli	almeno 1 protocollo	2	

Direttore U.O. Dr. Domenico DELL'EDERA

Direttore Generale F.F.

Dr. Gaetano ANNESE

Direttore Sanitario F.F.

Dr. Giovanni SANTARSIA

Direttore di Dipartimento Dr. Michele NARDELLA

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
9	Garantire il numero e la tipologia delle prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni e relativi tempi di attesa.	report del CUP	uguale o superiore alle attività svolte nell'anno precedente	2	
10	informatizzazione dei dati di prestazioni interne nella procedura del CUP interno	procedura CUP	100%	2	
11	attivazione di metodica CGH array utile per lo studio di patologie genomiche	procedure	almeno 1 protocollo	2	
12	istituzione diagnosi prenatale da villi coriali e da amniociti delle patologie genetiche : beta talassemie, fibrosi cistica e cromosomopatie	Protocolli	almeno 1 protocollo	2	
13	Autorizzazione / Accredimento delle strutture sanitarie pubbliche: collaborare, per le proprie competenze, alle attività finalizzate ad ottenere l'autorizzazione definitiva e i percorsi di accreditamento per il Lab. di Citogenetica	collaborazione con le UU.OO. interessate (Qualità e accreditamento, Gestione tecnica ecc.) al fine di ottenere l'autorizzazione sanitaria e i percorsi di accreditamento entro il 31.12.2019 per il Lab. di Citogenetica	Collaborare con le altre strutture aziendali interessate, al fine di inviare in regione, entro il 31 /12/2019 della domanda di autorizzazione definitiva e percorsi di accreditamento per il Lab. di Citogenetica	2	
		<b>TOTALE</b>		<b>28</b>	

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. LABORATORIO ANALISI P.O. POLICORO

DIRETTORE U.O.: DR. MICHELE SPADA

DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO

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	Riorganizzazione delle attività di Laboratorio delle strutture aziendali attraverso l'implementazione di procedure e protocolli condivisi (Delib. az.792 /2012 "Laboratorio unico Logico")	definizione percorsi	almeno due percorsi per U.O.	2	
2	Coordinamento delle attività di validazione e certificazione dei Sistemi Diagnostici Appaltati e conseguente riorganizzazione delle UU.OO.	report sulle attività svolte e sui risultati raggiunti (analisi / applicazione protocollo)	stesura e applicazione di un protocollo condiviso	2	
3	Implementazione delle procedure di comunicazione informatica con i reparti per la gestione del posto letto, della day surgery e del day Service.	procedura	reports sull'applicazione procedura	2	
4	Controlli di qualità	esecuzione e applicazione dei protocolli unici x controlli interni	100% conformità	3	
5	Collaborare con le UU.OO. ospedaliere per la definizione e successiva attivazione di percorsi condivisi inerenti le attività da svolgere in regime di Day Service, garantendo il numero di prestazioni di laboratorio concordate per ogni pacchetto di attività assistenziali	definizione percorsi condivisi (verbali degli incontri effettuati e percorso sottoscritto da inviare alla Direzione Strategica )	definizione e successiva effettuazione delle prestazioni di laboratorio concordate per almeno due percorsi per UU.OO.del P.O. di Policoro	2	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
6	Autorizzazione / Accredimento delle strutture sanitarie pubbliche: collaborare, per le proprie competenze, alle attività finalizzate ad ottenere l'autorizzazione sanitaria definitiva e i percorsi di accreditamento per la U.O. di Patologia Clinica del P.O. di Policoro	collaborazione con le UU.OO. interessate (Qualità e accreditamento, Gestione tecnica ecc.) al fine di ottenere l'autorizzazione sanitaria e i percorsi di accreditamento entro il 31.12.2020 per la di Patologia Clinica Policoro	Collaborare con le altre strutture aiendali interessate, al fine di Inviare in regione, entro il 31 /12/2020 della domanda di autorizzazione definitiva e percorsi di accreditamento per le strutture prima definite	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	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	
		<b>TOTALE</b>		<b>18</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C.: RADIOLOGIA P.O. POLICORO

DIRETTORE U.O. F.F. DR. NICOLA AIELLO

DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO

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	Razionalizzazione e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni interne: Audit con le UU.OO. ospedaliere e con il Pronto Soccorso (organizzati anche con la Direzione Sanitaria del Presidio) dedicati all'analisi delle richieste di prestazioni interne effettuate dai reparti ospedalieri, al fine di razionalizzare le richieste e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni.	Report sulla razionalizzazione effettuata Verbalì degli audit	riduzione del 5 % delle prestazioni interne a parità di attività svolte dai reparti almeno due audit	3	
2	Autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche: collaborare con le altre strutture interessate (Servizio qualità ed Accredimento, Distretti, Direzione sanit. osped. U.O. gestione Tecnica) al fine di ottenere l'autorizzazione definitiva, da inviare in regione (e successivo accreditamento istituzionale provvisorio), per Diagnostica per immagini - R.M.N. DGR 365 del 27.03.2012 P.O. Policoro	Collaborare con Direttore del Dipartimento e con le altre strutture interessate, ai fini di implementare le attività relative all'ottenimento dell'autorizzazione sanitaria entro il 31.12.2019 per Diagnostica per immagini - R.M.N. DGR 365 del 27.03.2012 P.O. Policoro	Attività di collaborazione inerenti l'invio in Regione, entro il 31 /12/2019, della domanda di autorizzazione definitiva e accreditamento provvisorio, (art. 16 comma 14 L.R. 28/2000), per il per Diagnostica per immagini - R.M.N. DGR 365 del 27.03.2012 P.O. Policoro	3	
3	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
4	Consulenze interne: Implementazione delle procedure di comunicazione con i reparti per la gestione del posto letto, della day surgery e del day service; evadere le richieste interne non urgenti entro 2 gg.	relazione su applicazione procedura	relazione su applicazione procedura	2	
5	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
6	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	
		<b>TOTALE</b>		<b>16</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. SENOLOGIA DIAGNOSTICA P.O. MATERA

DIRETTORE U.O.: DR. F. BALDARI

DIPARTIMENTO: SERVIZIO DIAGNOSTICO E DI SUPPORTO

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	Garantire il n. e la tipologia di prestazioni ambulatoriali per pz esterni e relativi tempi di attesa a parità di personale	n. prest. Amb. Anno precedente / n. prestazioni amb. Anno in corso	uguale o maggiore al risultato conseguito anno precedente a parità di personale	3	
2	Collaborare con le UU.OO. di Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Oncologia Medica, Anatomia Patologica e Fisiatria del P.O. di Matera per la realizzazione di una rete assistenziale integrata per il tumore della mammella	stesura e condivisione del percorso diagnostico terapeutico (PDTA) per la presa in carico delle pz. affette da carcinoma mammario	presa in carico delle donne affette da tumore alla mammella che sono state visitate / valutate dalla Senologia - invio dati di attività	3	
3	Collaborare alla realizzazione del progetto Screening mammografico x prev. Carcinoma mammario concordando le modalità con la Direzione Generale e con i Responsabili dei servizi interessati	dati screening	assolvere al 100% delle richieste di screening sugli approfondimenti	3	
4	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	
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	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
6	Incremento dell'uso del ricettario del SSN alla dimissione ospedaliera e invito ai pz. al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	N. ricette/ paz. residenti dimessi	> = 95	2	
7	Informatizzazione delle prestazioni/ consulenze interne	consulenze/ prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	100% delle prestazioni interne inserite nella procedure SIREP	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	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	
		<b>TOTALE</b>		<b>22</b>	

**II DIRETTORE U.O. dr.ssa Felicetta BALDARI**



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA

DIRETTORE U.O.: DR.SSA FLORA ANNA DI CUIA

DIPARTIMENTO: SERVIZIO DIAGNOSTICO E DI SUPPORTO

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	Adeguamento del S.I.S. per l'approvvigionamento farmaceutico	Procedura magazzino farmaceutico	100 % informatizzazione approvvigionamento farmaceutico da parte dei reparti	3	
2	Collaborare con i Direttori dei Distretti, la Direzione Sanitaria e i Direttori delle UU.OO. del P.O. ai fini del raggiungimento degli obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale definiti dalla D.G.R .n. 395 /2019	relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	Il Dirigente U.O. sarà impegnato ad effettuare i monitoraggi e mettere in atto le azioni necessarie ai fini del perseguimento degli obiettivi previsti	2	
3	Monitoraggio e trasmissione periodica dei dati sui consumi diretti dei farmaci alle UU.OO. ospedaliere di degenza e al CCS	Reports periodici di monitoraggio sul consumo dei farmaci	reports trimestrale	3	
4	Vigilare sull' applicazione della DGR n. 575 del 2007 in riferimento alla prescrizione di farmaci cosiddetti OFF LABEL come disposto nell'allegato C della stessa	n. richieste off label inviate in commissione	100 % controlli	3	
5	Distribuzione diretta dei farmaci: 1) collaborare con la Direzione sanitaria osp. affinché il 100% dei pz residenti dimessi siano in possesso della ricetta con prescrizione farmaci, con copertura del primo ciclo di terapia; 2) Controlli sull'uso del ricettario regionale da parte dei medici ospedalieri per la prescrizione dei farmaci all'atto della dimissione ospedaliera	Relazione del Direttore della U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti Invio al CCS di reports sull'uso del ricettario regionale da parte dei medici ospedalieri divisi per UU.OO.	100 % controlli	2	
6	Unificazione delle procedure per i capitolati di acquisto	Procedure capitolati	unificazione del 100% dei capitolati Relazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione	2	
7	Monitoraggio di Protocolli Terapeutici su alcune categorie di farmaci di largo consumo in collaborazione con la Direzione Sanitaria di presidio	Reports sui monitoraggi effettuati	Relazione del Direttore della U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	2	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
8	DGR 1374 del 22-07-2003: proseguimento attività relative per l'applicazione dei contenuti della DGR in materia di razionalizzazione della spesa farmaceutica ai sensi del D.L. 347/01 e della legge di conversione n. 405/01	Relazione del Direttore della U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	3 incontri all'anno con i clinici per la verifica della correttezza dell'appropriatezza prescrittiva di concerto con la Direzione Sanitaria e incremento del consumo dei farmaci biosimilari	2	
9	Verifica dell'applicazione delle procedure di richiesta, conservazione e smaltimento farmaci e presidi sanitari in collaborazione con D.S. dei presidi ospedalieri	Reports sui monitoraggi effettuati	Relazione del Direttore della U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	2	
10	D.G.R. 167/2017 DGR 195/2019 – contenimento dei prodotti farmaceutici scaduti entro un valore massimo del 1% del totale di quelli movimentati per anno, rilevabile dalla procedura informatica di magazzino.	Procedura informatica di magazzino	I farmaci scaduti non devono superare l'1 % del totale di quelli movimentati per anno	2	
11	Piano Triennale di prevenzione della Corruzione - attività di prevenzione, controllo e sorveglianza in riferimento ai 3 ambiti individuati nel Piano: 1) Stesura capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto; 2) partecipazioni a commissioni PTO; 3) Vigilanza ispettiva sui farmaci stupefacenti negli armadi di reparto	Relazione del Direttore della U.O. Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Rispetto dedebito informativo nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione; Rispetto delle misure introdotte nel Piano di Prevenzione della Corruzione	2	
12	Approvvigionamento e distribuzione dei farmaci e DPI per la gestione dell'emergenza COVID- 19	N. richieste evase / N. richieste	100%	3	
13	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
14	Collaborare alla copertura (invio nei tempi e nei modi richiesti dalla Regione) del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	N. di repertorio /BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti / n. di repertorio BD trasmessi con il flusso consumi	0% (meno di 15%) 50% (tra 15 e 20%) 100% (più di 20%)	1	
15	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	
		<b>TOTALE</b>		<b>34</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. CENTRO TROMBOSI ED EMOSTASI P.O. MATERA - P.O. POLICORO

DIRETTORE U.O.: DR. ANTONIO VALENTINO

DIPARTIMENTO: SERVIZIO DIAGNOSTICO E DI SUPPORTO

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	Attività centro TAO (Terapia Anticoagulante Orale) Det. Az 2065 del 10 settembre 2015"Riorganizzazione del Servizio TAO"	Assicurare la corretta gestione della TAO	100% di adempimenti	3	
2	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	
3	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	1	
4	Attività libero professionale:	(per singolo medico U.O.) tot. Prestaz. Amb.effettuate in intramoenia / tot. Prestaz. rese in attività istituzionale	tot. Prestaz.amb. in intramoenia devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALPI)	2	
		<b>Totale</b>		<b>10</b>	

Direttore U.O. Dr. Tonino VALENTINO

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2020

UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. MEDICINA NUCLEARE

DIRETTORE U.O.S.D.: DR. SAVERIO SCHIAVARELLO

DIPARTIMENTO: SERVIZIO DIAGNOSTICO E DI SUPPORTO

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	Aggiornamento del sistema documentale in cui vengono riportate le procedure operative e le certificazioni conformemente a quanto previsto dalle NBP di cui al D.M. del 30.03.2005	reports di monitoraggio applicazione procedure inserite nel sistema documentale	almeno una procedura per anno inserita / validata e monitorata nel sistema documentale aziendale	2	
2	Inserimento nella diagnostica PET di altro radiofarmaco oltre l'FDG	report diagnostica PET	inserimento nella diagnostica PET di almeno un altro radiofarmaco oltre l'FDG	2	
3	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	
4	Avvio di nuove metodiche (leucocitico - autologghi marcati) di medicina nucleare convenzionale per lo studio delle infezioni	attivazione di almeno una nuova metodica	inserimento nel tariffario della prestazione attivata con la nuova metodica	2	
5	Consulenze interne: Implementazione delle procedure di comunicazione con i reparti per la gestione del posto letto, della day surgery e del day service; evadere le richieste interne non urgenti entro 4 gg.	relazione su applicazione procedura	relazione su applicazione procedura	2	
6	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	

NR.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO	NOTE
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	Attività libero professionale:	(per singolo medico U.O.) tot. Prestaz. Amb.effettuate in intramoenia / tot. Prestaz. rese in attività istituzionale	tot. Prestaz.amb. in intramoenia devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALPI)	2	
		<b>TOTALE</b>		<b>18</b>	