

Punteggio totale Dipartimento			
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO			
	UNITA' OPERATIVA		RISULTATO RAGG. OBIETTIVI ANNO 2018 %
1	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. MATERA		87,06
2	U.O.S.D. DIREZIONE SANITARIA P.O. POLICORO		86,18
3	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE DISTRETTUALE TRICARICO		96,57
4	U.O.C. DIREZIONE DISTRETTO MATERA		89,62
5	U.O.S.D. GESTIONE RAPPORTI CON I MMG/PLS		88,67
6	U.O.S.D. COORDINAMENTO ATTIVITA' DOMICILIARI E PALLIATIVE RICOVERI		88,13
7	U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		88,42
8	U.O.S.D.COORDINAMENTO ATTIVITA' DI GESTIONE APPROPRIATEZZA PERCORSI RIABILITATIVI		86,11
9	U.O.C. LUNGODEGENZA MEDICA STIGLIANO		94,44
10	U.O.S.D. LUNGODEGENZA MEDICA TRICARICO		100
11	U.O.S.D. AREA CRONICITA': INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO		95,2
12	U.O.S.D. CURE PALLIATIVE E HOSPICE		84,09
13	U.O.S.D. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE		100
14	U.O.S.D.NUTRIZIONE CLINICA E DIETOTERAPIA		100
15	U.O.S.D. PNEUMOLOGIA TERRITORIALE		98
Totale punteggi			1382,49
Percentuale di raggiungimento totale del Dipartimento		%	92,17

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA
SCHEDA DI BUDGET

N. scheda

periodo valutato: Anno 2018

NOME E COGNOME : GAETANO ANNESE

PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO

TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA DIREZIONE SANITARIA P.O. MATERA

UNITA' OPERATIVA: DIREZIONE SANITARIA MATERA

DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

VALUTATORE DI 1^a ISTANZA

DIREZIONE SANITARIA P.O. MATERA

Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio preato	Risultato atteso: calcolo dall'U.O. Controllo di gestione aziendale e riferito alla ASM	Note
1	Assolvimento del debito informativo	n relazioni /dati ecc. al COG. n contestazioni di mancato / riadato rispetto del debito inf. N contestazioni formulate x incompetenza / incongruenza dei dati trasmessi implementazione contabilità analitica	100% rispetto dati e relazioni - Rispetto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 124/2016 - 926/2016 e 1398/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi fcz e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica- Regione -Ministero	100%	3,00		
2	Coordinamento e monitoraggio delle attività delle UU OO ospedaliere al fine della riduzione del tasso di ospedalizzazione x patologie sensibili alle cure ambulatoriali relative ai residenti / pop res	N ric x patologie sensibili alle cure ambulatoriali relative ai residenti / pop res	più di 10% (0%) - tra 7 e 10% (50%) - meno di 7% (100%)	1	La U.O. s'impegna a coordinare e monitorare le attività delle UU OO Ospedaliere al fine di incrementare l'assentezza ambulatoriale per le patologie concluse al fine di ridurre il tasso di osp. Std per queste patologie	100%	1,00	5,6 (dato CCS) nessun cemo nella relaz.	
3	Coordinamento e monitoraggio delle attività delle UU OO ospedaliere al fine della riduzione del tasso di ospedalizzazione x scompenso cardiaco x pz. residenti compresi nella fascia di età 50-74 anni	N ric x scompenso residenti 50 - 74 anni / pop res. Età 50-74 anni * 100	> di 10% = 0% - da 15% a 10% = 50% - < 15% = 100% almeno un incontro verbalizzato con ogni UU OO Ospedaliere avente ad oggetto l'analisi dei dati di ospedalizzazione per scompenso e le azioni da mettere in atto per il raggiungimento dell'obiettivo	1	La U.O. s'impegna a coordinare e monitorare le attività delle UU OO Ospedaliere al fine della riduzione del tasso di Ospedalizzaz. X scompenso	50%	0,50	247,5 (dato CCS) esclusi ricoveri in mobilità non disponibili	
4	Coordinamento e monitoraggio delle attività delle UU OO ospedaliere al fine della riduzione del tasso di ospedalizzazione x BPCO x pz. residenti compresi nella fascia di età 50-74 anni	N ric x diabete residenti 35 - 74 anni / pop res. Età 20-74 anni * 100	> di 35 = 0% - da 25 a 35 = 50% - < 25 = 100% almeno un incontro verbalizzato con ogni UU OO Ospedaliere avente ad oggetto l'analisi dei dati di ospedalizzazione per diabete e le azioni da mettere in atto per il raggiungimento dell'obiettivo	1	La U.O. s'impegna a coordinare e monitorare le attività delle UU OO Ospedaliere al fine della riduzione del tasso di Ospedalizzaz. X diabete	100%	1,00	10,9 % (dato CCS) esclusi ricoveri in mobilità non disponibili	
5	Appropriatezza clinica e organizzativa - sostegno al territorio al raggiungimento degli obiettivi DGR 190/2018	relazione dettagliata del Direttore U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	almeno un incontro verbalizzato con ogni UU OO Ospedaliere avente ad oggetto l'analisi dei dati di ospedalizzazione clinica e le azioni da mettere in atto per il raggiungimento dell'obiettivo	3	La U.O. s'impegna (tramite incontri periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a sostenere e monitorare le UU OO Ospedaliere al fine del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa della DGR 190/2018	50%	1,50	non si fa cemo a incontri periodici di monitoraggio	La relaz. pur riportando con mezza la menzione alle attività di coordinamento analisi e monitoraggio effettuate dalla Direzione Sanitaria, non ha alcun valore in termini di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla ASM e alle strutture aziendali con la DGR 190/2018, inoltre non fa riferimento a tutti gli obiettivi concordati
5 a)	Coordinamento e monitoraggio delle attività delle UU OO ospedaliere al fine della riduzione del tasso di ospedalizzazione x i ricoveri in DH di tipo diagnostico per 1000 residenti	N ric per acuti in DH medico con finalità diagnostiche / n residenti	meno di 1,5 (100%) - tra 1,5 e 3 (50%) - più di 3 (0%)	1	La U.O. s'impegna (tramite incontri periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a sostenere e monitorare le UU OO Ospedaliere al fine del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa della DGR 190/2018	100%	1,00	0,04 (dato az CCS) esclusi ricoveri in mobilità non disponibili	
5 b)	Coordinamento e monitoraggio delle attività delle UU OO ospedaliere al fine della riduzione del tasso di ospedalizzazione x i ricoveri in DH di tipo diagnostico per 1000 residenti	N ricoveri x DRG medici relativi ai residenti / n residenti	meno di 135 (100%) - tra 135 e 180 (50%) - più di 180 (0%)	1	La U.O. s'impegna (tramite incontri periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a sostenere e monitorare le UU OO Ospedaliere al fine del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa della DGR 190/2018	100%	1,00	114,85 (dato az CCS) esclusi ricoveri in mobilità non disponibili	
5 c)	Coordinamento e monitoraggio delle attività delle UU OO ospedaliere al fine di incrementare il regime di ricovero diurno (Day Surgery) per alcune prestazioni chirurgiche per i DRG LEA Chirurgici	N ricoveri effettuati in SS per i DRG LEA Chirurgici / n ricoveri effettuati in US e ricovero ordinario per i DRG LEA Chirurgici	più di 75% (100%) - tra 45 e 75% (50%) - meno di 45% (0%)	1	La U.O. s'impegna (tramite incontri periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a sostenere e monitorare le UU OO Ospedaliere al fine del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa della DGR 190/2018	50%	0,50	33% (dato az. CCS)	
5 d)	Coordinamento e monitoraggio delle attività delle UU OO ospedaliere al fine della riduzione del tasso di ospedalizzazione x interventi x stripping vene per 100.000 abitanti standardizzato per età e per sesso	N di interventi x stripping di vene relativi ai residenti / n residenti con età maggiore o uguale a 18 anni	meno di 50% (100%) - tra 50 e 65% (50%) - più di 65 (0%)	1	La U.O. s'impegna (tramite incontri periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a sostenere e monitorare le UU OO Ospedaliere al fine del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa della DGR 190/2018	100%	1,00	11,92 (dato az CCS)	

2

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA

SCHEDA DI BUDGET

N. scheda

periodo valutato: Anno 2018

NOME E COGNOME : GAETANO ANNESE

PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO

TITOLOGIA DI INCARICO: DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA DIREZIONE SANITARIA P.O. MATERA

UNITA' OPERATIVA: DIREZIONE SANITARIA MATERA

DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

VALUTATORE DI 1^a ISTANZA

DIREZIONE SANITARIA P.O. MATERA

Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio pesato	Risultato aziendale calcolato dall'U.O. Controllo di risultato	Note
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	INDICATORE	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio pesato	Risultato aziendale calcolato dall'U.O. Controllo di risultato	Note
5 e)	validazione della qualità della cura a breve termine: riammissione a 30 gg dalla dimissione dopo intervento di protesi d'anca	N di ricoveri con riammissione entro 30 giorni dalla data di dimissione del ricovero per protesi d'anca / n di ricoveri con intervento di protesi d'anca	meno di 2,7% (100%) - tra 2,7 e 3,7% (50%) - più di 3,7 (0%)	1		60%	0,60	4,47 (dato az. CCS)	
5 f)	interventi x fratture femore entro 24 ore dall'ingresso in ospedale	N di interv x frattura del collo del femore (con durata di degenza tra l'ammissione e l'interv <= 2 gg / n di interventi x frattura del collo del femore	< 50 (0%) da 50 a 60 (50%) più di 60 % (100%)	1		100%	1,00	71%	
5 g)	riduzione della % di parti con parto cesareo sul totale dei parti	N di parti cesarei primari / n totale di parti	meno di 24% (100%) - tra 24 a 28 (50%) - più di 28% (0%)	1		100%	1,00	22%	
5 h)	Coordinamento e monitoraggio delle attività di Emodinamica al fine di migliorare la proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni dalla data di ammissione del ricovero indice	n di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito un PTCA entro 2 giorni / n di episodi di IMA	meno del 34% (0%) - tra il 34 e il 44% (50%) più del 44% (100%)	1		50%	0,50	28,61% (dato az. CCS)	
5 i)	Coordinamento e monitoraggio delle attività di Emodinamica in riferimento a mortalità a 30 gg dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	n di episodi di IMA in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg dalla data del ricovero indice / n di episodi di IMA	più del 10,5% (0%) - tra il 6,5 e 10,5% (50%) - meno di 6,5% (100%)	1		100%	1,00	0,8 % (dato az. CCS)	
5 j)	Coordinamento e monitoraggio delle attività in riferimento alla proporzione di ricoveri in Day Surgery di colecistectomie laparoscopiche	N di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche in day surgery / n di ricoveri con interventi di colecistectomie laparoscopiche	più di 60% (100%) - tra 50 e 60% (50%) - meno di 50% (0%)	1		50%	0,50	1,59% (dato az. CCS)	
6	Controllo delle Cartelle Cliniche di dimissione secondo quanto previsto dal programma di controllo delle cartelle cliniche elaborate dalle cartelle cliniche e attivazione della relazione secondo la modalità e i termini specificati nello stesso programma	Attuazione del programma di controllo delle cartelle cliniche secondo il programma di controllo delle cartelle cliniche elaborate dalle cartelle cliniche e attivazione della relazione secondo la modalità e i termini specificati nello stesso programma	meno di 10,5% (0%) - tra il 6,5 e 10,5% (50%) - meno di 6,5% (100%)	1		100%	1,00	28,61% (dato az. CCS)	si fa capo solo al controllo delle cartelle cliniche e non agli altri obiettivi 4 c 2 e 4 c 3 della DGR 150/2019
7	Controllo e monitoraggio delle infezioni ospedaliere	Produzione di reports	reports	1		100%	1,00		
8	Gestione delle procedure per l'aggiornamento o attivazione di tabelle e calendari CUP e attivazione delle procedure per il CUP interno (prestazioni e consulenze interne informatizzate)	Procedura CUP	applicazione delle normative regionali vigenti in materia - 100% delle consulenze / prestazioni esterne al P.O. informatizzate	2		100%	2,00		

3

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA
SCHEDA DI BUDGET

N. scheda	
periodo valutato: Anno 2018	
NOME E COGNOME : GAETANO ANNESE	
PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO	
TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA DIREZIONE SANITARIA P.O. MATERA	
UNITA' OPERATIVA: DIREZIONE SANITARIA MATERA	
DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO	
VALUTATORE DI 1^ ISTANZA	

DIREZIONE SANITARIA P.O. MATERA									
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio Pesato	Risultato atteso (controllato dall'U.O. Controllo di risultato aziendale)	Note
9	Contribuire alla razionalizzazione / riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera nell'ambito dei volumi di produzione programmati - Monitorare / incentivare l'utilizzo, da parte dei medici osp. del ricettario regionale per la prescrizione dei farmaci alla dimissione (vedi DGR 13M/2012 e DGR 180/2018)	Reports sul monitoraggio del consumo dei farmaci e presidi delle UU.OO. ospedaliere - reports sull'utilizzo del ricettario regionale da parte dei medici osp. e sul ritiro dei farmaci presso la Farmacia ospedaliera	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio Pesato	Risultato atteso (controllato dall'U.O. Controllo di risultato aziendale)	Note
10	AutORIZZAZIONE / Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche collaborare all'implementazione di tutte le attività finalizzate ad ottenere l'autorizzazione definitiva o percorso di accreditamento per le seguenti strutture ospedaliere aziendali: P.O. di Materia Patologica Clinica - SIT, Anatomia Patologica Laboratorio di genetica P.O. Policoro Patologia Clinica e SIT	Reports sul monitoraggio del consumo dei farmaci e presidi delle UU.OO. ospedaliere - reports sull'utilizzo del ricettario regionale da parte dei medici osp. e sul ritiro dei farmaci presso la Farmacia ospedaliera	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio Pesato	Risultato atteso (controllato dall'U.O. Controllo di risultato aziendale)	Note
11	Informalizzazione / consegna SDO monitoraggio delle procedure che consentono l'acquisizione delle Sdo dalle UU.OO. di degenza entro 30 gg. Di dimissione del paziente	Procedura ARO	Report sulla consegna delle SDO rispetto della consegna della Sdo entro 30 gg. dalla dimissione	2	Report sulla consegna delle SDO	100%	2,00	relazione e reports sul consumo dei farmaci da parte delle UU.OO. Ospedaliere	
12	Piano Triennale Prev. Corruzione 2016-2020 attuazione delle misure previste dal Piano - attività di prevenzione, controllo e sorveglianza in riferimento ai seguenti ambiti individuali 1) Liste di attesa 2) Attività libero professionale verifiche su attività e prenotazioni in regime ALPI 3) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Relazione esplicativa del responsabile anticorruzione	Rispetto del debito informativo nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione. Rispetto delle misure introdotte nel Piano di Prevenzione della Corruzione 2016-2020	2	Rispetto del debito informativo nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione. Rispetto delle misure introdotte nel Piano di Prevenzione della Corruzione 2016-2020	100%	2,00	La U.O. si impegna a condividere gli obiettivi di budget con tutti gli operatori del Comparto e Dringenza	
13	Condivisione degli obiettivi di budget	N. Riunioni di U.O. per condivisione obiettivi	Verbale incontri	1	La U.O. si impegna a condividere gli obiettivi di budget con tutti gli operatori del Comparto e Dringenza	100%	1,00	schede di validazione complete	
14	Negoziare/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	La U.O. si impegna a condividere gli obiettivi di budget con tutti gli operatori del Comparto e Dringenza	100%	1,00		
			TOTALE OBIETTIVI ANNO 2018	34		% ragg. Obiettivi	29,60		
							87,06		
IL COMMISSARIO: F.TO Dr. Pietro QUINTO IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ADDUCI									
PER ACCETTAZIONE: IL DIRETTORE/ DIRIG. RESP. DEL CDR dr. Gaetano ANNESE									

Department of Psychology, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL 60607-7131

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA									
N. scheda									
periodo valutato: Anno 2018									
NOME E COGNOME : Francesco RICCARDI									
PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO									
TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRIGENTE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE DIREZIONE SANITARIA P.O. POLICORO									
UNITA' OPERATIVA DIPARTIMENTALE : DIREZIONE SANITARIA P.O. POLICORO									
DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO									
VALUTATORE DI 1^ ISTANZA									
DIREZIONE SANITARIA P.O. POLICORO									
Cod Obiett. Ivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento (P.F. 2018) anno 2018	Punteggio (P.F. 2018)	Percentuale (P.F. 2018) anno 2018	NOTE
5 (1)	Coordinamento e monitoraggio delle attività in riferimento alla proporzione di ricoveri in Day Surgery di colecistectomie laparoscopiche	N di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche surgery / n di ricoveri con interventi di colecistectomie laparoscopiche	più di 60% (100%) - tra 50 e 60% (50%) meno di 50% (0%)	1	La U.O. è impegnata a coordinare e monitorare le attività in riferimento alla proporzione di ricoveri in Day Surgery di colecistectomie laparoscopiche	70%	0,70	1,58% (dato az. CCS)	
6	Controllo delle Caratteristiche Cliniche di dimissione secondo quanto previsto dal programma di controllo delle caratteristiche cliniche elaborato dalla Regione Basilicata e invio della relazione aziendale sul controllo effettuato agli uffici regionali	Attuazione del programma di controllo delle caratteristiche cliniche elaborato dalla Regione Basilicata e invio della relazione aziendale sul controllo effettuato agli uffici regionali	il 90% dei casi del controllo secondo le modalità e i tempi previsti dal programma regionale	1	Attuazione del programma di controllo delle caratteristiche cliniche elaborato dalla Regione Basilicata e invio della relazione aziendale sul controllo effettuato agli uffici regionali	100%	1,00		
7	Controllo e monitoraggio delle infezioni ospedaliere	Produzione di reports	1	1	Controllo e monitoraggio delle infezioni ospedaliere	100%	1,00		
8	Gestione delle procedure per l'aggiornamento o attivazione di tabelle e calendar CUP e attivazione delle procedure per il CUP interno (prestazioni e consulenze interne informatizzate)	Procedura CUP	applicazione delle normative regionali vigenti in materia - 100% delle consulenze / prestazioni interne al P.O. informatizzate	2	La Direzione Sanitaria è impegnata (tramite settore periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a supportare la U.O.	100%	2		
9	Contribuire alla razionalizzazione / riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera nell'ambito dei volumi di produzione previsti dal piano di produzione e consumo per la U.O. e del riciclo osp. del riciclo regionale per la prescrizione dei farmaci alla dimissione (vedi book 139 2012 e book 147 2017)	Reports sul monitoraggio del consumo dei farmaci e presidi delle UU.OO. ospedaliere - reports sull'utilizzo del ricettario regionale da parte dei medici osp. e sul ritiro dei farmaci presso la Farmacia ospedaliera	< = spesa farmaceutica ospedaliera 2017 il 90 % dei pz dimessi (residenti nella ASM) devono essere in possesso della ricetta di prescrizione ed inviati al ritiro dei farmaci presso la Farmacia ospedaliera	2	La Direzione Sanitaria è impegnata (tramite settore periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a supportare la U.O.	100%	2,00		
10	Informatizzazione / consegna SDO - monitoraggio delle procedure che consentono l'acquisizione delle SDO dalle UU.OO. di degenza entro 30 gg. Di dimissione del paziente	Procedura AIRO	Reports sulle consegne delle SDO - rispetto delle consegne delle SDO entro 30 gg. dalla dimissione	3	La Direzione Sanitaria è impegnata (tramite settore periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a supportare la U.O.	100%	3,00		
11	Autorizzazione / Accredittamento delle strutture sanitarie pubbliche, collaborare all'implementazione di tutte le attività finalizzate ad ottenere l'autorizzazione definitiva per il P.O. di Policoro	Collaborare con le strutture interessate (servizio qualità e accreditamento, SPP e Servizio gestione tecnica) al fine di implementare tutte le azioni necessarie relative ad ottenere l'autorizzazione sanitaria e i percorsi di accreditamento per le strutture ospedaliere di Policoro	Collaborare con le strutture interessate (servizio qualità e accreditamento, SPP e Servizio gestione tecnica) al fine di inviare in regione, entro il 31/12/2018 della domanda di autorizzazione definitiva e percorsi di accreditamento per le strutture ospedaliere di Policoro	2	La Direzione Sanitaria è impegnata (tramite settore periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a supportare la U.O.	100%	2,00		
12	Piano Triennale Prev. Corruzione 2018-20 attuazione delle misure previste dal Piano - attività di prevenzione, controllo e sorveglianza in riferimento ai seguenti ambiti individuati: 2) Attività di prevenzione, controllo e sorveglianza in riferimento ai seguenti ambiti individuati: 3) Attività di prevenzione, controllo e sorveglianza in riferimento ai seguenti ambiti individuati: 4) Controllo e sorveglianza specialistica dei servizi di laboratorio, diagnostica del sistema sanitario 5) Informazione e comunicazione, monitoraggio, ricerca, attività di	Relazione esplicative del responsabile anticorruzione	Rispetto del debito informativo nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione; Rispetto delle misure introdotte nel Piano di Prevenzione della Corruzione 2018-2020	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti e sulle misure adottate per la prevenzione della corruzione in riferimento ai tre ambiti previsti	100%			
13	Condivisione degli obiettivi di budget	Verbale dell'incontro	Verbale incontro	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi di budget con tutto il personale dirigente (non finalizzato di scelta di budget) e del comparto (incluso le P.O.) all'interi alla struttura diretta	100%	1,00		
14	Negoziazione/assegnazione/Validazione 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	100% schede dirigenti compilate ed inviate	100%	1,00		
			TOTALE OBIETTIVI/ANNO 2018	34			29,30		
							86,18		
NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE:									
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE:									
IL COMMISSARIO: F.TO DR. PIETRO QUINTO									
Commenti e specificazioni									
IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. DOMENICO ADDUCI									
PER ACCETTAZIONE: IL DIRIGENTE RESP. DEL CDR dr. Francesco RICCARDI									
IL DIRETTORE DIPARTIMENTO dr. GIANNINO ANNESE									

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA									
SCHEDA DI BUDGET									
N. scheda Periodo valutato: Anno 2018 COGNOME E NOME: DR. VINCENZO DENISI PROFILO PROFESSIONALE: DIRETTORE ATTIVITA' DISTRETTO DI TRICARICO TIPOLOGIA DI INCARICO: Responsabile Sanitaria Complessa UNITA' OPERATIVA: DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE DISTRETUALE TRICARICO DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO VALUTATORE DI 1° ISTANZA									
DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE DISTRETUALE TRICARICO									
Cod Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo atteso 2018	Punteggi in Punteggio	Note	
	Assorbimento del debito informativo	n relazioni / dati ecc. al COG, n contestazioni di mancato / ritardato rispetto del debito inf. N contestazioni formulate a incompiutezza / implementazione contabile analitica	100% riscontro dati e relazioni - Rispetto delle delibere aziendali n 75/2016 - 124/2016 - 926/2016 e 1398/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica- Regione -Ministero	100%	3,00		
1	Ricoveri ordinari di lungodegenza applicazione dell'abatimento tariffario giornaliero di cui alla DGR 1335 / 2006	Procedura AIRO	abatimento tariffario secondo quanto previsto dalla DGR 1335 / 2006	3	La U.O. si deve impegnare a sostenere le UU OO. Per il rispetto dei tempi di degenza media secondo quanto previsto dalla DGR 1335 / 2006	100%	3,00		
2	Implementazione dell'attivazione dei posti letto per pz con coma vegetativo	procedura CUP	S P L	3	Implementazione e verifica dell'attivazione dei posti letto per pz con coma vegetativo	100%	3,00		
3	Monitorare ed incentivare le attività delle UU OO dell'ospedale distrettuale affinché possano lavorare / trasferimenti x p. che necessitano di lungodegenza e assistenza per acuire richiesti dalle UU OO di degenza dei presidi di Matera e Policoro	Reports su trasferimenti	70% delle richieste di trasferimento accolte	3	Monitorare ed incentivare le attività delle UU OO dell'ospedale distrettuale affinché possano lavorare / trasferimenti x p. che necessitano di lungodegenza e assistenza per acuire richiesti dalle UU OO di degenza dei presidi di Matera e Policoro	60%	1,80	Non si prevede il raggiungimento del 70% delle richieste di trasferimento.	
4	Attivazione dell'attività di "consulio" su richiesta del medico curante presso le strutture residenziali presenti sul territorio di competenza e presso il domicilio dei pz presi in carico dall'ADI	Reports sulle attività di consulto effettuate	relazione dettagliata del Direttore U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	1	Sostegno e verifica dell'attività di "consulio" su richiesta del medico curante presso le strutture residenziali presenti sul territorio di competenza e presso il domicilio dei pz. presi in carico dall'ADI	100%	1,00	no reports	
5	Controllo delle Cartelle Cliniche di dimissione secondo quanto previsto dal programma di controllo delle cartelle cliniche elaborato dalla Regione Basilicata e invio della relazione aziendale sul controllo effettuato agli uffici regionali	Attuazione del programma di controllo delle cartelle cliniche elaborato dalla Regione Basilicata e invio della relazione aziendale sul controllo effettuato agli uffici regionali	invio in Regione degli esiti del controllo secondo le modalità e i tempi previsti dal programma regionale	1	Attuazione del programma di controllo delle cartelle cliniche elaborato dalla Regione Basilicata e trasmissione degli esiti secondo le modalità e i termini specificati nello stesso programma	100%	1,00		
6	Controllo e monitoraggio delle infezioni ospedaliere	Produzione di reports	100%	3	Controllo e monitoraggio delle infezioni ospedaliere	100%	3,00		
7	Coordinamento, gestione ed organizzazione delle attività connesse al Comitato Tecnico di indirizzo per la gestione del polo Riabilitativo Dion Gnocchi	Verbali del comitato	100%	3	Coordinamento, gestione ed organizzazione delle attività connesse al Comitato Tecnico di indirizzo per la gestione del polo Riabilitativo Dion Gnocchi	100%	3,00		
8	Gestione delle procedure per l'aggiornamento o attivazione di tabelle e calendari CUP e attivazione delle procedure per l'CUP interno (prestazioni e consulenze interne informatizzate)	Procedura CUP	applicazione delle normative regionali vigenti in materia 100% delle consulenze / prestazioni interne al P.O informatizzate	2	La Direzione Sanitaria s'impegnerà (tramite incontri periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a supportare le UU OO	100%	2,00		
9	Contribuire alla razionalizzazione / riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera nell'ambito dei volumi di produzione programmati - Monitorare / incentivare l'utilizzo, da parte del medico osp. del ricettario regionale per la prescrizione dei farmaci a basso costo (vedi DGR 138/2012 e DGR 452/2014)	Reports sul monitoraggio del consumo dei farmaci e presidi delle UU OO ospedaliere - report sull'utilizzo del ricettario regionale da parte del medico osp. e sul ritiro dei farmaci presso la Farmacia ospedaliera	<= spesa farmaceutica ospedaliera 2017 / 2018 il 100 % dei pz dimessi (residenti nella ASM) devono essere in possesso della ricetta di prescrizione ed inviati al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	3	La Direzione Sanitaria s'impegnerà (tramite incontri periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a supportare le UU OO	100%	3,00		
10	Informazione / consegna SDO - monitoraggio delle procedure che consentono l'acquisizione delle Sdo dalle UU OO a degenza entro 30 gg. Di dimissione del paziente	Procedura AIRO	Report sulla consegna della SDO - rispetto della consegna delle Sdo entro 30 gg. data dimissione	3	La Direzione Sanitaria s'impegnerà (tramite incontri periodici di monitoraggio e analisi dei dati) a supportare le UU OO	100%	3,00		
11	Autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche richiesta ed implementazione di tutte le azioni necessarie al fine di ottenere l'autorizzazione definitiva da inviare in regione, per la UU OO Riabilitazione e R.S.A. dell'Osp. Distrettuale di Tricarico (DGR 801 del 5/05/2009)	autorizzazione ed accreditamento provvisorio art. 16 comma 14 L.R. 28/200 e DGR 25/2/2005 e 1598/2005 entro il 31 dicembre 2016 per la Riabilitazione e R.S.A. dell'Osp. Distrett. di Tricarico (DGR 801 del 5/05/2009)	Richiedere ed implementare tutte le azioni necessarie relative ad ottenere l'autorizzazione sanitaria e accreditamento provvisorio art. 16 comma 14 L.R. 28/200 e DGR 25/2/2005 e 1598/2005 entro il 31 dicembre 2016 per la Riabilitazione e R.S.A. dell'Osp. Distrett. di Tricarico (DGR 801 del 5/05/2009)	2	La Direzione Sanitaria collaborerà con le strutture interessate al fine del raggiungimento dell'obiettivo	100%	2,00		
12	Coordinamento, gestione ed organizzazione delle attività del Distretto di Tricarico, compreso il punto Territoriale di Soccorso dell'Ospedale distrettuale (vedi scheda su PTS Tricarico)	Report periodici e relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	Gestione e coordinamento del 100% delle attività sanitarie del Distretto di Tricarico.	3	Coordinamento, gestione ed organizzazione delle attività sanitarie del Distretto	100%	3,00		
13	Condivisione degli obiettivi di budget	Verbale incontro	Verbale incontro	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi di budget con tutto il personale dirigente (non tematico di scheda di budget) e del comparto (incluso le P.O.) afferenti alla struttura diretta	100%	1,00		
14	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	100% schede dirigenti compilate ed inviate	100%	1,00		
		TOTALE OBIETTIVI ANNO 2018		35		% raggi. Obiettivi	96,57		
1. I Responsabili delle UOE e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UO/UO/SD alla quale riferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata. IL COMANDANTE: P. TO DI. PIETRO QUINTO IL DIRETTORE SANITARIO DI DOMINIO ADDUCI IL DIRETTORE del Dipartimento di: GASTONE ANGELE									

U.O. C. LUNGODEGENZA MEDICA OSPEDALE DISTRETUALE STIGLIANO

[illegible]

NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE INDENTIFICABILI ALLA U.C.

Comments e specificazioni

SCHEDE DI BUDGET

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1

TIPOLOGIA DI INCARICO: Responsabile Stuttura Complessa

DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALI E TERRITORIO

VALUTAZIONE DI 1° SIANZA

ILLO C MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

[illegible]

NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE: Il Direttore della U.O. evidenzia che il conseguimento pieno dell'obiettivo n. 5 è condizionato da molteplici variabili non riconducibili alla sola attività della U.O.

NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE: La Direzione Strategica ritiene fondati le osservazioni del Direttore della U.O. e stenta raggiunto l'obiettivo nel caso in cui il mancato raggiungimento dello stesso venga adeguatamente compensato da cause contrattive e/o edonici non attribuibili alla U.O.

IL COMMISSARIO: FIO DI PIETRO QUINTO	IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico AODUCI	Per ACCETTAZIONE IL DIRETTORE DIRIGENTE DEL C. D. R. dr. EUGENIO PISCIOTTA
		IL DIRETTORE DIPARTIMENTO dr. Gaetano ANNIERE

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA									
N. scheda									
periodo valutato: Anno 2018									
COGNOME E NOME: Dr. ssa Marilena FRANGIONE									
PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO									
TIPOLOGIA DI INCARICO: RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DI U.O. S.D.									
UNITA' OPERATIVA: COORDINAMENTO ATTIVITA' DOMICILIARI E PALLIATIVE E RICOVERI									
DIPARTIMENTO : DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO									
VALUTATORE DI 1° ISTANZA									
U.O. SEMPLICE COORDINAMENTO ATTIVITA' DOMICILIARI E PALLIATIVE E RICOVERI									
Cod Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio Pesato	Note	
	Assolvimento del debito informativo	n relazioni /dati ecc. al CDG; n contestazioni di mancato /ritardato rispetto del debito in N contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi implementazione contabilità analitica	100% riscontro dati e relazioni - Rispetto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 124/2016 - 526/2016 e 1398/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3		100%		3.00 Risultato aziendale	
1	Efficacia dell'assistenza territoriale - Assistenza domiciliare integrata - Rispetto obiettivi DGR regionali - Adeguamento servizi domiciliari ASM alle Linee Guida regionali - Unificazione delle procedure di accesso all'ADI e dei dati di attività sull'intero territorio aziendale, Invo via WEB al CCS e agli uffici regionali nel rispetto della tempestività e completezza dei flussi ADI	percentuale di over 64 trattati in ADI - Adeguamento alle Linee Guida regionali - Invo dei dati di attività via Web agli uffici regionali e al CCS	< a 4 = 0% -- tra 4 e 8 = 50% -- > di 8 = 100% - Invo agli uffici regionali e al CCS dei dati ADI nei tempi previsti	3		50%	1.50	5.23%	
2	Efficacia dell'assistenza territoriale % di presa in carico con CIA (Coefficiente di intensità assist.) > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari. Il CIA è il rapporto fra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni fra il primo e l'ultimo accesso	N. di giorni trascorsi dalla data del primo accesso nell'anno di riferimento alla data dell'ultimo accesso nell'anno di riferimento	0% - meno di 35% - 50% tra 35 e 55 - 100% più di 55	2		100%	2.00	86%	
3	Appropriatezza dell'assistenza al paziente con definizione del percorso tra assistenza domiciliare ed eventuali ricoveri presso le strutture residenziali protette	monitoraggio / applicazione e monitoraggio di una procedura / protocollo per i ricoveri nelle RSA in collaborazione con la U.O. genetica territoriale	invo procedura / protocollo e monitoraggio effettuati	2		100%	2.00	non si fa cenno all'applicaz / monitoraggio della procedura / protocollo	
4	Strategie per il controllo del dolore Incremento delle prescrizioni e del consumo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore Organizzazione / gestione in ambito distrettuale di un gruppo tecnico che svolge la collaborazione del MMG e medici in loco Strategie educative volte all'incremento delle prescrizioni e consumo di farmaci oppioidi x il controllo del dolore	Dati aziendali sul consumo di farmaci oppioidi	< 1.5 (0%) - tra 1.6 e 2.1 (50%) - > 2.1 (100%)	2		80%	1.60	Il risultato aziendale è inferiore al consumo dei farmaci oppioidi (1.22%) risulta basso e al di sotto del target previsto dall'obiettivo regionale	
5	Collaborare con le UU.OO. ospedaliere al fine di incrementare le delle dimissioni protette in assistenza domiciliare implementare e monitorare l'applicazione del percorso per le dimissioni protette	n. pz. dimessi dai reparti ospedalieri della ASLM senza dimissioni protette e segnalati solo dal MMG per assistenza domiciliare	analisi del 100% dei casi dimessi dai reparti ospedalieri della ASLM senza dimissione protetta	2		100%	2.00		
6	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	Verbale incontro	2		100%	2.00		
			TOTALE OBIETTIVI ANNO 2018	16			14.10		
						% raggi. Obiettivi	86.13		
NOTE DEL DIRETTORE/DIRETTORE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE:									
IL COMMISSARIO: F.TO Dr. Pietro QUINTO				IL DIRETTORE SANITARIO: Dr.Domenico ADDUCI		PER ACCETTAZIONE: IL DIRETTORE/ DIRIG.RESP. DEL CDR dr. ssa Marilena FRANGIONE			
IL DIRETTORE del Dipartimento dr. Gaetano ANNESE									

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA									
SCHEDA DI BUDGET									
N. scheda periodo valutato: Anno 2018 COGNOMINE E NOME: DR. Giuseppe AGNETA PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO TIPOLOGIA DI INCARICO: RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DI U.O.DIPARTIMENTALE UNITA' OPERATIVA: CURE PALLIATIVE - HOSPICE DIPARTIMENTO VALUTATORE DI 1^ ISTANZA									
U.O. SEMPLICE DIPARTIMENTALE CURE PALLIATIVE - HOSPICE -									
Cod Obiettivo vo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggi o Pesiato	Note	
	Assolvimento dei debiti informativi	n relazioni dati ecc. al CDG, n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito in N. contestazioni / contestazioni / incongruenza dei dati trasmessi implementazione contabilità analitica	100% rispetto dati e relazioni. Rispetto delle scadenze 75/50/15 - 12/4/2018 - 12/4/2019 "Disciplina organica degli obblighi e rispetto contestati ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	100%	3,00		
1	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	Rapporto fra n. di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni e n. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa	0%, meno di 50% - 50% tra 50 e 85% - 100% più di 85%	2	il Dirigente si impegna a stendere una relazione dettagliata del dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	2,00		
2	Integrazione nella rete assistenziale regionale dei percorsi di cura degli Hospice	relazione dettagliata del dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	relazione dettagliata del dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	2	il Dirigente si impegna a stendere, condividere e inviare (allegato alla relazione di fine anno 2018) il percorso previsto dall'obiettivo.	50%	1,00	nessun cenno nella relazione	
3	Umanizzazione delle cure con particolare riferimento alla terapia del dolore e Gestione del dolore nei percorsi di cura Incremento delle prescrizioni e del consumo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore	Prescrizioni / consumo farmaci oppioidi anno in corso / prescrizioni / consumo farmaci anno precedente	Incremento delle prescrizioni e del consumo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore < 1,6 (0%) - tra 1,6 e 2,1 (50%) - > 2,1 (100%) (Obiettivo aziendale)	3	Il Dirigente s'impegna a stendere, condividere e inviare (allegato alla relazione di fine anno 2017) il percorso previsto dall'obiettivo 2017) (Incontro) sulla gestione del dolore, e ad aumentare il numero delle prescrizioni di farmaci oppioidi per il controllo del dolore, al fine della umanizzazione delle cure	50%	1,50	Nessun cenno nella relazione Il risultato aziendale sul consumo dei farmaci oppioidi (1,22%) risulta basso e al di sotto del target previsto dall'obiettivo	
4	Personali di integrazione e collaborazione con i Medici di Medicina Generale	stesa percorso condiviso con MMG sulla gestione del malato terminale		2	il Dirigente si impegna a stendere, condividere e inviare (allegato alla relazione di fine anno 2017) il percorso previsto dall'obiettivo	50%	1,00	nessun cenno nella relazione	
5	Contenimento della spesa farmaceutica e per presidi compatibilmente con la natura delle prestazioni erogate, salvaguardando l'efficacia del percorso della terapia del dolore	spesa farmaci e presidi anno precedente / spesa farmaci e presidi anno in corso	uguale o minore a quella dell'anno precedente	2	Il Dirigente s'impegna a contenere la spesa farmaceutica (tranne quella per farmaci oppioidi)	100%	2,00	non valutabile nessun cenno nella relazione	
6	Uso appropriato dell'Albumina	applicazione protocolli sull'uso dell'albumina	report su applicazione protocollo	2	relazione dettagliata del dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	2,00		
7	Incremento dell'uso del ricettario del SSN, alla dimissione ospedaliera/ ambulatoriale e invio ai pz. al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	N ricette / paz. residenti dimessi (ord + dh)	x = 95	3	Il medico della U.O. si deve impegnare a prescrivere i farmaci ai pz. residenti dimessi e inviarli al ritiro degli stessi presso la farmacia ospedaliera	100%	3,00		
8	Condivisione degli obiettivi di budget	Verbale incontro		1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi di budget con tutto il personale dirigente (non firmatario di scheda di budget) e del comparto (inclusa la P.O.), allentati alla struttura diretta	100%	1,00		
9	Attività libero professionale	(per singolo medico U.O.) tot Prestaz Amb effettuate in infermeria / tot. Prestaz rese in attività istituzionale	tot. Prestaz amb. in infermeria devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALPI)	2	Le prestaz. effettuate (per singolo medico U.O.) in attività libero profess. non devono superare le prest. rese in infermeria	100%	2,00		
		Totale obiettivi anno 2018		22				% ragg. Obiettivi	
								18,50	
								84,09	
IL COMMISSARIO: F.TO Dr. Pietro QUINTO					PER ACCETTAZIONE: IL DIRETTORE/ DIRIG.RESP. DEL CDR dr. Giuseppe AGNETA				
					IL DIRETTORE Dipartimento dr. Gaetano ANNESE				

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA SANITARIA NON MEDICA									
SCHEDA DI BUDGET									
N. scheda periodo valutato: Anno 2018 COGNOMINE E NOME: DR.SSA Angela DRAGONE PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO TIPOLOGIA DI INCARICO: RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE UNITA' OPERATIVA:SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE DIPARTIMENTO VALUTATORE DI 1 ^a ISTANZA									
U.O. S. DIPARTIMENTALE SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE									
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio Pesato	Note	
	Assolvimento del debito informativo	n relazioni /dati ecc al CDO, n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito inf. N contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi implementazione contabilità analitica	100% rispetto delle debite scadenze n. 75/2016 - 12/2016 - 9/2016 e 13/9/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la validazione delle performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione Ministero	100%	3,00		
1	Accettazione mensile delle ricette del SSN, verifica dei relativi documenti contabili e liquidazione della spesa convenzionata	report sulla spesa convenzionata	100%	1	relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	1,00		
2	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE: Collaborare (fornendo dati, partecipando ad incontri ecc) con i servizi territoriali e le U.O. dei dipartimenti ospedalieri e i Medici di Medicina Generale e Continuità assistenziale, al fine di garantire un minor ricorso al ricovero ospedaliero e quindi una riduzione del Tasso di ospedalizzazione dei residenti (vedi Indicatori DGR 190/2018)	fornire i dati in riferimento agli indicatori della DGR 190/ 2018	100% dati forniti	3	fornire i dati in riferimento agli indicatori della DGR 190/ 2018	100%	3,00		
3	CORRETTA E APPROPRIATA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA - EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA : Partecipazione e collaborazione (fornendo trimestralmente i dati di consumo farmaceutico x medico) alla gestione di incontri di informazione / confronto con i Medici di Medicina Generale rivolti a incentivare comportamenti prescrittivi corretti e appropriati al fine di incentivare un corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci in particolare modo quelli che imputano in modo significativo sulla spesa.	relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti UO Farmacia territoriale:	100% assolvimento debito informativo (trimestrale)	2	relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	2,00		
4	Applicazione e monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche attraverso il controllo informatizzato di tutte le ricette, con relativa trasmissione di informazioni e reportistica ai medici prescrittori in riferimento alla appropriatezza delle prescrizioni, al riscontro di reazioni avverse ai farmaci, al rispetto delle indicazioni e limitazioni AIFA e di farmaco economia.	Reportistica da Procedura Marno N. schede segnalazioni reazioni avverse ai farmaci da trasmettere al Ministero/n. di schede controllate	100 % controlli su ricette dei MMG e PLS	3	Reportistica da Procedura Marno	100%	3,00		
5	Attività ispettive sulle farmacie convenzionate esterne: effettuare almeno 5 controlli nell'anno.	verbali ispezioni	> = 5 ispezioni	2	verbali ispezioni	100%	2,00		
6	Gestione contabile e controllo A.S.I. (prodotti di assistenza sanitaria integrativa) indicatori di risultato: invio al CCS di reports trimestrali	reports trimestrali	100% controlli sulle ricette dei MMG e PLS	3	Il Dirigente U.O. sarà impegnato ad effettuare i controlli previsti	100%	3,00		
7	Piano Triennale di prevenzione della Corruzione - attività di prevenzione, controllo e sorveglianza in riferimento ai 3 ambiti individuati nel Piano: 1) Provvedimenti di tipo autorizzatorio, 2) Attività di controllo dichiarazioni sostituite in luogo di autorizzazioni, 3) Concessioni ed erogazioni di sovvenzioni, sussidi, aiuti finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati, 4) erogazione di indennità di residenza ai farmacisti rurali, 5) Gestione del servizio di fornitura di ossigenoterapia domiciliare	Relazione del Direttore della U.O. Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Rispetto debito informativo nei confronti del Resp. della prevenzione della corruzione. Rispetto delle misure predisposte nel Piano di Prevenzione della Corruzione	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti e sulle misure adottate per la prevenzione della corruzione in riferimento ai tre ambiti previsti	100%	2,00		
8	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenza)	3	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale del comparto (incluso il piano di lavoro di budget) e del comparto (inclusa le P.O.), afferenti alla struttura diretta.	100%	3,00		
		TOTALE OBIETTIVI ANNO 2018		22		% raggi. Obiettivi	22,00		
IL COMMISSARIO: F.TO Dr. Pietro QUINTO		IL DIRETTORE SANITARIO: Dr.Domenico ADDUCI			PER ACCETTAZIONE: IL DIRIG. RESP. DEL CDR				
IL DIRETTORE del Dipartimento dr. Gaetano ANNESE					dr. ssa Angela DRAGONE				

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA									
SCHEDA DI BUDGET									
N. scheda periodo valutato: Anno 2018 COGNOME E NOME: DR. Giuseppe TARATUFOLO PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO TIPOLOGIA DI INCARICO: RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE UNITA' OPERATIVA: GESTIONE RAPPORTI CON MMG E PLS DIPARTIMENTO: INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO VALUTATORE DI 1^ ISTANZA									
U.O.S.D. GESTIONE RAPPORTI CON MMG E PLS									
Cod Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio Pesato	Note	
	Assolvimento del debito informativo	n relazioni / dati ecc. al COG, n contestazioni di mancato / tardato rispetto del debito inf. N contestazioni formulate x incompiutezza / incongruenza dei dati trasmessi / implementazione contabile analitica	100% ,riscontro dati e relazioni - Rispetto delle delibere aziendali n° 75/2016 - 124/2016 - 926/2016 e 1398/2016 - Disciplina organica degli obblighi e risposte, concessa ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la validazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica Regione - Ministero	100%	3.00		
1	DGR 190/2018 - Contribuire alla "riduzione del tasso di ospedalizzazione, std (standardizzato) per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1000 residenti" attraverso la gestione dei rapporti con i Medici di medicina Generale e con i Pediatri di libera Scelta e l'organizzazione di incontri periodici interdisciplinari fra MMG, anche con medici specialisti e ospedalieri per la stesura /applicazione di percorsi integrati per la gestione e trattamento di patologie definite "sensibili alle cure ambulatoriali". In particolare quelle patologie croniche e non che secondo le linee guida naz. e internaz. dovrebbero essere prese in carico sul territorio e che generano ricoveri impropri e/o reingressi negli ospedali	n incontri periodici effettuati con i MMG e PLS	almeno 6 incontri verbalizzati	3	Il Dirigente U.O. dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte in riferimento al raggiungimento degli obiettivi programmati.	90%	2.70	effettuati 5 incontri in totale	
2	Efficienza prescrittiva farmaceutica e Appropriatazza prescrittiva farmaceutica - Incentivare un corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci in particolare quelli che impattano in modo significativo sulla spesa. Organizzazione di incontri e stesura percorsi condivisi con i MMG rivolti all'assunzione di comportamenti prescrittivi corretti e appropriati in riferimento al consumo dei farmaci descritti nella DGR190/2018	n incontri periodici effettuati con i MMG e PLS i criteri di calcolo degli indicatori sono riportati nella DGR 190/2018 in riferimento ai singoli obiettivi.	almeno 6 incontri verbalizzati	3	Il Dirigente U.O. dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte in riferimento al raggiungimento degli obiettivi programmati.	80%	2.40		
3	Strategie per il controllo del dolore - Incremento delle prescrizioni e del consumo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore. Organizzazione / gestione in ambito distrettuale di un gruppo tecnico che con la collaborazione dei MMG elabori e metta in atto strategie ed attività volte all'incremento delle prescrizioni e consumo di farmaci oppioidi x il controllo del dolore (DGR190/2018)	n incontri periodici effettuati con i MMG e PLS Dati aziendali sul consumo di farmaci oppioidi	< 1,6 (0%) - da 1,6 a 2,1 (50%) - > 2,1 (100%) aziendale	3	Il Dirigente U.O. dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte in riferimento al raggiungimento degli obiettivi programmati.	80%	2.40	Il risultato aziendale sul consumo dei farmaci oppioidi (1,22%) risulta basso e al di sotto dell'obiettivo previsto dall'obiettivo regionale	
4	Efficacia assistenza territoriale - Intervento al fine di garantire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per scompenso cardiaco, diabete, e BPCO	Riduzione del tasso di ospedalizzazione x cittadini residenti per scompenso cardiaco, diabete e BPCO Organizzazione, in collaborazione con la UOSD "gestione rapporti con MMG", di attività di formazione - informazione - gestione congiunta dei casi da attivare / incrementare con i MMG, PLS e Guardia Medica con i medici ospedalieri, redazione implementazione percorso condiviso	Scompenso cardiaco > di 195 = 0% - da 155 a 195 = 50% - < 155 =100% Diabete: > di 35 = 0% - da 25 a 35 = 50% - < 25 =100% BPCO > di 35 = 0% - da 25 a 35 = 50% - < 25 =100%	3	I Dirigenti / Direttori interessati dovranno inviare una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti nello svolgimento delle attività di collaborazione con i MMG, PLS e Medici ospedalieri per ridurre i tassi di ospedalizzazione per scompenso, diabete e BPCO	60%	1.80	Risultati az. esclusi ricoveri in mobilità, non disponibili: Scompenso cardiaco: 217.90 (9%) - Diabete: 10.9 (100%) BPCO: 29.5 (50%)	
	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	verbale dell'incontro	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi di budget con tutto il personale dirigente (non firmatario di scheda di budget) e del comparto (inclusa le P.O.), afferenti alla struttura diretta	100%	1.00		
		TOTALE		15		% raggi. Obiettivi	13.30 88.67		
IL COMMISSARIO: F.TO DR. PIETRO QUINTO					PER ACCETTAZIONE: IL DIRETTORE/ DIRIG. DEL CDR dr. Giuseppe TARATUFOLO				
IL DIRETTORE DIPARTIMENTO dr. Gaetano ANNESE									

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA									
N. scheda									
periodo valutato: Anno 2018									
COGNOME E NOME: dr. ssa FRANCA GALLO									
PROFILO PROFESSIONALE: Dirigente MEDICO RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE									
TIPOLOGIA DI INCARICO: RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE									
UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. PNEUMOLOGIA TERRITORIALE									
DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO									
VALUTATORE DI 1° ISTANZA									
U.O. SEMPLICE DIPARTIMENTALE DI PNUMOLOGIA TERRITORIALE									
Cod Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio Pesato	Note	
	Assolvimento del debito informativo	n relazioni /dati ecc. al CDG, n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito inf. N contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi Implementazione contabilità analitica	100% riscontro dati e relazioni - Rispetto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 124/2016 - 926/2016 e 1398/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione Ministero	100%	3.00		
1	Integrazione ospedale territorio: Efficacia assistenza territoriale: integrazione ospedale territorio al fine di garantire un minor ricorso al ricovero ospedaliero	Riduzione del tasso di ospedalizzazione x cittadini residenti per BPCO Organizzazione di attività di formazione - informazione - gestione congiunta dei casi da attivare / incrementare con i MMG, PLS e Guardia Medica con i medici ospedalieri, riduzione implementazione percorso condiviso	Obiettivo regionale DGR 190 -2018: T.O BPCO meno del 25 % :	2	Il Dirigente dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti nello svolgimento delle attività di collaborazione con i MMG, PLS e Medici ospedalieri per ridurre i tassi di ospedalizzazione per BPCO	80%	1.80	29,5 % (dato CCS ricoveri in mobilità non disponibili)	
2	Definizione delle prestazioni assistenziali per le quali risulta appropriato attivare il percorso del Day Service e stesura di percorsi condivisi con la U.O di Pneumologia	Definizione di percorsi	almeno due percorsi	1	Invio dei percorsi - Il Dirigente dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	1.00		
3	Controllo a domicilio dei pz. non deambulanti, in ossigenoterapia domiciliare e/o ventilazione meccanica residenti nel territorio ASM	Report CUP e relazione dettagliata del Dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	esaudire il 100% delle richieste di controllo a domicilio inoltrate dai MMG e PLS e segnalate dalla U.O di Pneumologia	3	Il Dirigente dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti nello svolgimento delle attività richieste	100%	3.00		
4	Attività ambulatoriali: conferma / aumento dei dati di attività (visite e prestazioni strumentali) ambulatoriale e domiciliare conseguiti nel 2017	Reports CUP	conferma / aumento delle attività ambulatoriali e domiciliari effettuate nel 2017 > / uguale 2000 prestazioni	3	Il Dirigente dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti nello svolgimento delle attività richieste	100%	3.00		
5	Attività di monitoraggio cardio - respiratorio notturno a domicilio	Reports CUP	Maggiore / uguale 100 monitoraggi a domicilio	2	Il Dirigente dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti nello svolgimento delle attività richieste	100%	2.00		
6	Incremento uso del ricettario regionale alla refezione della visita amb. per i pz. residenti in regione e invito degli stessi al ritiro dei farmaci presso la farmacia ospedaliera, in attesa dell'apertura della farmacia	N. ricette/pz. residenti affetti all'ambulatorio	uguale /maggiore 85%	2	Il Dirigente dovrà predisporre una relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti nello svolgimento delle attività richieste	100%	2.00		
7	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O	2	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale afferente alla struttura diretta.	100%	2.00		
8	Attività libero professionale:	(per singolo medico U.O.) tot. Prestaz. Amb. effettuate in infermeria / tot. Prestaz. rese in attività istituzionale	tot. Prestaz. amb. in infermeria devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O (Regolamento az. ALPI)	2	Le prestaz. effettuate (per singolo medico U.O.) in attività libero profess. non devono superare le prest. rese in infermeria	100%	2.00		
			TOTALE OBIETTIVI ANNO 2018	20		% ragg. Obiettivi	19.60		
						% ragg. Obiettivi	98.00		
IL DIRETTORE GENERALE: F TO Dr. PHILIPPO QUINTO					IL DIRETTORE SANITARIO: Dr.Domenico ADDUCI				
					PER ACCETTAZIONE: IL DIRETTORE/ DIRIG. RESP. DEL CDR dr. ssa FRANCA GALLO				
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Gaetano ANNESE									

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA									
SCHEDA DI BUDGET									
N. scheda periodo valutato: Anno 2018 COGNOMINE E NOME: DR.SSA CARMELA BAGNATO PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO TIPOLOGIA DI INCARICO: RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DI U.O. UNITA' OPERATIVA: DIETOTERAPIA E NUTRIZIONE CLINICA E DIETOLOGIA DIPARTIMENTO VALUTATORE DI 1^ ISTANZA									
U.O. SEMPLICE DI DIETOTERAPIA E NUTRIZIONE CLINICA									
Cod Obiettivi vo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggi o Pesato	Note	
	Assolvimento del debito informativo	n relazioni dati ecc al CDG, n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito inf / n contestazioni formulate x incompiutezza / incongruenze dei dati trasmessi Implementazione contabilità analitica	100% riscontro dati e relazioni - Rispetto delle delibere aziendali n 75/2016 - 124/2016 - 926/2016 e 1398/2016 "Disciplina organica degli obblighi e rapporti, compresi ai flussi informativi az e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3		100%	3.00	Realizzazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni richieste della Direzione Strategica - Regione Ministero	
1	attività ambulatoriale interna al P.O.: informatizzazione consulenze interne	procedura CUP	100% delle consulenze interne informatizzate	3	informatizzazione consulenze interne tramite SIREP	100%	3.00		
2	Attività ambulatoriale esterna e attivazione Day Service	Procedura CUP - stessa percorso per Day Service	>= attività anno precedente	3	>= attività anno precedente	100%	3.00		
3	DGR 190/2018: Promozione corretti stili di vita: partecipare al raggiungimento degli obiettivi inerenti la promozione di corretti stili di vita Progetto GUADAGNARE SALUTE Attività fisica -	Indicatori previsti nella DGR 190/2018	percentuali di raggi Obiettivi previsti dalla DGR 190/2018	2	Relazione quali quantitativa sulle attività svolte e sui risultati conseguiti in riferimento al Progetto	100%	2.00		
4	Collaborazione con la U.O. di Diabetologia e con i servizi territoriali per conseguimento obiettivo riguardante la riduzione del tasso di ospedalizzazione x diabete x pz. residenti compresi nella fascia di età 20-74 anni	reports su n. pazienti diabetici presi in carico dalla U.O	>= 150 pazienti diabetici presi in carico	3	presa in carico dei pazienti diabetici	100%	3.00		
5	Piano di Prevenzione Regionale 2018-2020 - Guadagnare salute - Progetti Regionali - attività di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili mediante correzione dei determinanti di salute: alimentazione, in collaborazione con U.O. SIAN	interventi nelle scuole primarie del territorio; reclutamento delle scuole presenti sul territorio.	100% reclutamento scuole sul territorio ASM	3	Relazione quali quantitativa sulle attività svolte e sui risultati conseguiti in riferimento al Progetto	100%	3.00		
6	Piano della Prevenzione Regionale - Sistema di sorveglianza dello stato di salute degli italiani: progetti PASSI E PASSI D'ARSENTO Indagine coordinata dal Ministero della Salute, sulla rilevazione delle abitudini alimentari e stili di vita dei bambini frequentanti le scuole selezionate sul territorio aziendale	Report sulle attività programmate dal Ministero / report sulle attività svolte nella ASM	100% delle attività previste dall'indagine coordinata dal ministero (rilevazione peso, altezza BMI ai bambini, somministrazione questionari, coordinamento operatori aziendali impegnati nel progetto, rapporti con le scuole ecc.)	2	Relazione quali quantitative sulle attività svolte e sui risultati conseguiti in riferimento al Progetto Ministeriale	100%	2.00		
7	implementazione / applicazione Protocollo "Nutrizione Clinica Artificiale ospedaliera e domiciliare"	Relazione quali quantitative sulle attività svolte e sui risultati conseguiti in riferimento all'applicazione del Protocollo n. di controlli su applicazioni Protocolli effettuati/ n. di difformità sull'applicazione dei protocolli riscontrate	>= del 10%	2	implementazione/ applicazione Protocollo "Nutrizione Clinica Artificiale ospedaliera e domiciliare"	100%	2.00		
8	Gestione e Controllo della ristorazione ospedaliera (delibera az 1149/2008): applicazione e monitoraggio Protocollo per valutazione qualitativa del servizio	Relazione quali quantitative sulle attività svolte e sui risultati conseguiti in riferimento agli interventi realizzati	>= attività svolte anno precedente	2	Gestione e Controllo della ristorazione ospedaliera (delibera az 1149/2008): applicazione e monitoraggio Protocollo per valutazione qualitativa del servizio	100%	2.00		
9	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	Verbale incontro	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi di budget con tutto il personale dirigente (non finalitario di scheda di budget) e del comparto (incluse le P.O.), afferenti alla struttura diretta	100%	1.00		
10	Attività libero professionale	(per singolo medico U.O.) tot. Prestaz. Amb. effettuate in infermeria / tot. Prestaz. rese in attività istituzionale	tot. Prestaz. amb. in infermeria devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O. (Regolamento az ALPI)	2	Le prestazioni effettuate (per singolo medico U.O.) in attività libero profess. non devono superare le prest. rese in infermeria	100%	2.00		
			TOTALE OBIETTIVI ANNO 2018	26					
						% raggi. Obiettivi	26.00		
							100.00		
IL DIRETTORE GENERALE: F. TO Dr. Pietro QUINTO					PER ACCETTAZIONE: IL DIRETTORE/ DIRIG.RESP. DEL CDR dr. ssa C. BAGNATO				
					IL DIRETTORE del Dipartimento dr. Gaetano ANNESE				

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA EMERGENZA / ACCETTAZIONE									
PERIODO VALUTATO ANNO 2018									
COGNOME E NOME : dr. Rocco PASCIUCCIO									
PROFILIO PROFESSIONALE: AREA MEDICA									
TIPOLOGIA DI INCARICO: Responsabile F.F. Struttura Complessa									
UNITA' OPERATIVA: Distretto Matera e Coordinamento Attività Territoriale									
DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO									
VALUTATORE DI 1° ISTANZA									
U.O.C. DISTRETTO E COORDINAMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI									
Cod. Obiettivi	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (max 3)	Risultato atteso anno 2018 %	% raggiungimento obiettivo Anno 2018	Puntaggi o Pesi	Note	
1	Integrazione ospedale-territorio al fine di garantire un'assistenza continua e completa	Indicatore dell'adozione del modello di integrazione ospedale-territorio (MIO) - numero di interventi di integrazione ospedale-territorio (MIO) - numero di interventi di integrazione ospedale-territorio (MIO)	100% rispetto all'obiettivo	3	Risultato atteso anno 2018 %	100%	3,00		
2	Prevenzione primaria	Indicatore dell'adozione del modello di prevenzione primaria (MPP) - numero di interventi di prevenzione primaria (MPP) - numero di interventi di prevenzione primaria (MPP)	100% rispetto all'obiettivo	2	Risultato atteso anno 2018 %	100%	2,00		
3	Qualità informativa	Indicatore dell'adozione del modello di qualità informativa (MQI) - numero di interventi di qualità informativa (MQI) - numero di interventi di qualità informativa (MQI)	100% rispetto all'obiettivo	1	Risultato atteso anno 2018 %	50%	0,50		
4	Qualità organizzativa	Indicatore dell'adozione del modello di qualità organizzativa (MQO) - numero di interventi di qualità organizzativa (MQO) - numero di interventi di qualità organizzativa (MQO)	100% rispetto all'obiettivo	3	Risultato atteso anno 2018 %	100%	3,00		
5	Qualità relazionale	Indicatore dell'adozione del modello di qualità relazionale (MQR) - numero di interventi di qualità relazionale (MQR) - numero di interventi di qualità relazionale (MQR)	100% rispetto all'obiettivo	2	Risultato atteso anno 2018 %	100%	2,00		
6	Appropriatezza nella prescrizione e distribuzione degli assistiti	Indicatore dell'adozione del modello di appropriatezza (MA) - numero di interventi di appropriatezza (MA) - numero di interventi di appropriatezza (MA)	100% rispetto all'obiettivo	2	Risultato atteso anno 2018 %	50%	1,00		
7	Condizionamento attività socio-sanitarie sul territorio	Indicatore dell'adozione del modello di condizionamento (MC) - numero di interventi di condizionamento (MC) - numero di interventi di condizionamento (MC)	100% rispetto all'obiettivo	2	Risultato atteso anno 2018 %	50%	1,00		
8	Servizi preventivi: visite / interventi socio-sanitari presso le Case Circondariali	Indicatore dell'adozione del modello di servizi preventivi (MS) - numero di interventi di servizi preventivi (MS) - numero di interventi di servizi preventivi (MS)	100% rispetto all'obiettivo	1	Risultato atteso anno 2018 %	100%	1,00		
10	Piano Triennale di prevenzione della Corruzione - attività di prevenzione, controllo e sorveglianza in riferimento al 3° mobilitazione	Indicatore dell'adozione del modello di piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) - numero di interventi di PTPC - numero di interventi di PTPC	100% rispetto all'obiettivo	2	Risultato atteso anno 2018 %	100%	2,00		
11	Gestione della valutazione della qualità	Indicatore dell'adozione del modello di gestione della qualità (MG) - numero di interventi di MG - numero di interventi di MG	100% rispetto all'obiettivo	1	Risultato atteso anno 2018 %	80%	0,80		
12	Autorizzazione / Accreditamento della struttura sanitaria pubblica: collaborare con il Servizio qualità e sanità con la ASST per la certificazione della qualità e per l'accreditamento	Indicatore dell'adozione del modello di autorizzazione / accreditamento (MAA) - numero di interventi di MAA - numero di interventi di MAA	100% rispetto all'obiettivo	2	Risultato atteso anno 2018 %	100%	2,00		
13	Condizione degli obiettivi di budget	Indicatore dell'adozione del modello di condizione degli obiettivi di budget (COB) - numero di interventi di COB - numero di interventi di COB	100% rispetto all'obiettivo	1	Risultato atteso anno 2018 %	100%	1,00		
14	Negoziazione / Negoziazione / Valutazione obiettivi e titoli	Indicatore dell'adozione del modello di negoziazione / valutazione (NV) - numero di interventi di NV - numero di interventi di NV	100% rispetto all'obiettivo	1	Risultato atteso anno 2018 %	100%	1,00		
15	Attività formative	Indicatore dell'adozione del modello di attività formative (MF) - numero di interventi di MF - numero di interventi di MF	100% rispetto all'obiettivo	1	Risultato atteso anno 2018 %	100%	1,00		
TOTALE PESO OBIETTIVI ANNO 2018				25		23,3			
						89,62			
NOTE DEL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE - Direttore della U.O. ambulatorio e pronto soccorso di Asst. Sanitaria di Matera									
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE - Direttore della U.O. ambulatorio e pronto soccorso di Asst. Sanitaria di Matera									
IL COMMISSARIO: F. DI PIETRO									
IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico AUCUCI									
IL DIRETTORE DIPARTIMENTO dr. Oreste ANISE									
PER ACCETTAZIONE IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R. dr. Rocco PASCIUCCIO									

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA SCHEDA DI BUDGET									
N. scheda periodo valutato: Anno 2018 COGNOME E NOME: dr. Sandro GIANNUZZI PROFILO PROFESSIONALE: Dirigente MEDICO RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE TIPOLOGIA DI INCARICO: RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE. UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. AREA DELLA CRONICITA': INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO VALUTATORE DI 1^ ISTANZA									
U.O. S.D. AREA CRONICITA': INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO									
Cod Obiet tivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo anno 2018	Punteggio Pesato	Note	
1	Assolvimento del debito informativo	n relazioni / dati ecc. al CDG, n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito inf. N contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi Implementazione contabilità analitica	100% (riscontro dati e relazioni - Rispetto delle delibere aziendali n 75/2016 - 124/2016 - 926/2016 e 1396/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Relazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempistico riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica- Regione -Ministero	100%	3,00		
2	Concordare con il Direttore del Distretto le procedure per l'attivazione di ambulatori di giornata territoriali (mi comuni sede di distretto)	Apertura di ambulatori negli ospedali distrettuali - procedura CUP	almeno 1	2	Apertura di almeno altri 1 ambulatorio nei distretti oltre che a Matera-	100%	2,00		
3	Collaborare con le UU.OO del Dipartimento medico del P.O. di Matera, per le applicazioni e monitoraggio del percorso della Dimissione protetta	condizione/applicazione e monitoraggio del percorso "Dimissione protetta" dalle UU.OO. Mediche del P.O. di Matera - a) utilizzo scheda x la dim. protetta, b) utilizzo scheda cure domiciliari per il caregiver, da utilizzarsi durante la degenza	reports su applicazione e monitoraggio del percorso e predisposizione schede	3	> 10% dei pazienti valutati anno precedente e utilizzo scheda di segnalazione x dim protetta	80%	2,40	non si fa cenno all'utilizzo della scheda per le dimissioni protette	
4	Implementazione dei controlli a domicilio dei pz. avviati in assistenza domiciliare	Reports CUP e relazione del Dirigente U.O.	Controllo a domicilio entro 60 gg. dalla dimissione i pz. avviati in assistenza domiciliare	2	Il Dirigente dovrà relazionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati conseguiti riportando i dati di riferimento	100%	2,00		
5	Attività ambulatoriale, conferma l'aumento delle attività ambulatoriali e domiciliari e presso le residenze assistenziali anno 2016 e attività prescrittiva protesica per pz in dimissione protetta	reports CUP e dati forniti dal Dirigente	uguale o maggiore attività ambulatoriali, effettuate nel 2017 - tempi di attesa > 30 gg. X viste - 60 gg x prestazioni strumentali	3	> = anno attività ambulatoriali 2017	100%	3,00		
6	Appropriatezza dell'assistenza al paziente con definizione, in collaborazione alle Direzioni Sanitarie ospedaliere, del percorso tra assistenza domiciliare ed eventuali ricoveri presso le strutture residenziali protette	Stesura / applicazione e monitoraggio di una procedura / protocollo per i ricoveri nelle strutture residenziali in collaborazione con la U.O.S.D. ADI e le UU.OO. Lungodegenza della ASM	invio procedura / protocollo e reports su monitoraggio effettuati	2	Il Dirigente dovrà relazionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	70%	1,40	No reports su monitoraggio effettuati	
7	Collaborazione con la U.O. Formazione per l'organizzazione e gestione corsi di formazione x pers. inferm. Dip. Medico	organizzazione corso su su eleggibilità domic. e residenziale rivolto al personale infermieristico	almeno un corso	1	Il Dirigente sarà impegnato ad organizzare e gestire il corso previsto e relazionerà sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	1,00		
8	Appropriatezza prescrittiva del materiale sanitario protesico da fornire al pz in dimissione protetta domiciliare	reports	reports su applicazione protocolli	2	Il Dirigente dovrà relazionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	2,00		
9	Azione Protocollo per erogazione "armi di fascia II nelle cure dom. al fine di ridurre la degenza ospedaliera	relazione del Dirigente U.O.	stesura / applicazione di almeno un protocollo	2	Il Dirigente dovrà relazionare dettagliatamente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	2,00		
10	Controllo clinico assistenziale degli ospiti presso le RSSA di Matera al rinnovo della quota sociosanitaria di competenza ASM	(per singolo medico U.O.) Tot. Prestaz. Amb. effettuate in infermeria / Tot. Prestaz. rese in attività istituzionale	100% valutazioni degli pazienti "ospiti" in RSSA Matera	3	Gli operatori della U.O. s'impegnano a svolgere il 100% dei controlli previsti agli "ospiti" presenti presso le RSSA di Mt.	100%	3,00		
	Attività libero professionale		Tot. prestaz. amb. in infermeria devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALPI)	2	Le prestaz. effettuate (per singolo medico U.O.) in attività libero profess. non devono superare le prest. rese in infermeria	100%	2,00		
			Peso Totale Obiettivi 2018	25		% ragg. Obiettivi	23,80	95,20	
IL COMMISSARIO: F.TO Dr. Pietro QUINTO									
IL DIRETTORE SANITARIO:Dr.Domenico ADDUCI									
IL DIRETTORE dipartimento dr. Gaetano ANNESE									

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA EMERGENZA / ACCETTAZIONE									
SCHEDA DI BUDGET									
N. scheda PERIODO VALUTATO ANNO 2018 COGNOME E NOME : dr. DI CANDIA LUIGI PROFILO PROFESSIONALE: AREA MEDICA TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRIGENTE DIPARTIMENTALE UNITA' OPERATIVA SEMPLICE : COORDINAMENTO ATTIVITA' DI GESTIONE APPROPRIATEZZA PERCORSI RIABILITATIVI DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO VALUTATORE DI 1^ ISTANZA									
U.O.S.D. COORDINAMENTO ATTIVITA' DI GESTIONE E APPROPRIATEZZA PERCORSI RIABILITATIVI									
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica) Pre - requisito di Valutazione	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 5)	Risultato Atteso anno 2018 %	Raggiungimento (risultato Anno 2018)	Punteggio Punteggio	Note	
1	Definizione delle prestazioni assistenziali per le quali risulta appropriata attivazione il percorso del Day Service e stesura percorsi condivisi	defezione percorsi	allineati due percorsi su 10	3	100% rispetto dati e relazioni - Rapporto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 12/2016 - 9/2016 e 13/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi tra i vari servizi della struttura" e alla trasmissione delle cartelle cliniche	100%	3,00		
2	Attività ambulatoriale conforme alle attività ambulatoriali anno 2017 (a parità di risorse)	n. pres. Amb. Anno precedente / n. prestazioni amb. Anno in corso	uguale o maggiore attività ambulatoriale - Efficienza nel 2017 - tempo di attesa > 30 gg. X volte - 50 gg. e prestazioni strumentali - Rispetto della tempistica prevista per le liste di attesa in caso di priorità	2	100%	100%	2,00		
3	Mantenimento / riduzione della spesa farmaceutica riferendo gli esiti di produzione	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	100%	100%	2,00		
4	Incremento dell'uso del ricambio del 2017 - si intende la par. al fine dei farmaci presso la farmacia ospedaliera	N. richieste / pres. (prestazioni farmacia) (pari - npi)	a = 95	1	100%	100%	1,00		
5	Informazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne all'U.O. che risulta attivata che risulta (consenze) riformulate (anno SREP)	100%	1	100%	100%	1,00		
6	Verifica CEA - appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza	n. di anomalie nelle prescrizioni riscontrate (in controlli di appropriatezza delle prestazioni) riferite da centri convenzionati	100% coperti dalla rete	3	100%	50%	1,50	no report su anomalie riscontrate	
7	Attività complessive all'U.O. (Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi) e supporto al Servizio di Assistenza Podiatrica	Report di monitoraggio quali quantitativo delle attività svolte (in richieste pervenute in richiesta valutata) e del personale impegnato	100% di richieste pervenute valutate in maniera	2	100%	50%	1,00	no report su anomalie riscontrate	
8	Attività libero professionale	(per singolo medico U.O.) (in Prestaz. Amb. Effettuati in interventi)	tot. Prestaz. amb. in intervento devono essere inferiori a quelle rese in attività istituzionale per singolo medico della U.O. (Regolamento az. ALPH)	2	100%	100%	2,00		
TOTALE PESO OBIETTIVI ANNO 2018				18			15,5		
						% Ragg. Obiettivi	86,11		
NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE: il Direttore della U.O. evidenzia che il conseguimento pieno dell'obiettivo n. 5 è condizionato da molteplici variabili non riconducibili alla sola attività della U.O.									
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE: La Direzione Strategica ritiene fondate le osservazioni del Direttore della U.O. e riterrà raggiunto l'obiettivo nel caso in cui il mancato raggiungimento dello stesso venga adeguatamente documentato da cause organizzative e gestionali non addebitabili alla U.O.									
IL COMMISSARIO: F. TO Dr. Pietro Quinto					PER ACCETTAZIONE IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. D. R. dr. Luigi Dicandia				
					IL DIRETTORE DIPARTIMENTO dr. Gaetano Annesse				
Commenti e specificazioni:									