



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Unità Operativa

SISP - SC

Responsabile: **CONVERSANO MICHELE**

Scheda di budget 2019 SISP - SC - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Tempi di Pagamento dei fornitori	D7	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 [Ind.Int. 14]	0	0		1
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi Informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi Informativi [Ind.Int. 08]	0	1		2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball		1
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	G1	[Ind.Int. 22]	(Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib / Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita)*100 [Ind.Int. 22]	0	>=95%		2
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio	G2	[Ind. MES B7.1]	(Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR / Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita)*100 [Ind. MES B7.1]	0	90% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.01.02)		3
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura vaccinale antipneumococcica	G3	[Ind.Int. 23]	(Numero cicli vaccinali (3*dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica / Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre)*100 [Ind.Int. 23]	0	>=85%		3
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura vaccinale antimeningococcica C	G4	[Ind. MES B7.5]	(Numero cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre 2015 per Antimeningococcica / Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre)*100 [Ind. MES B7.5]	0	>=85%		2
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	G5	[Ind. MES B7.2]	(Numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza / Numero di soggetti di età >=65 anni residenti)*100 [Ind. MES B7.2]	0	60% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.01.02)		1
G	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PREVENZIONE	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV)	G6	[Ind. MES B7.3]	Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevanza nella coorte di riferimento / N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età [Ind. MES B7.3]	0	>=80%		2
G	Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare attraverso la diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione	PREVENZIONE	Numero interventi educativi annuali programmati e attuati nelle scuole	G7	[Ind.Int. 24]	(Numero interventi educativi annuali effettuati nelle scuole / Numero interventi programmati)*100 [Ind.Int. 24]	0	>90%		3
G	PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	PREVENZIONE	Garantire l'effettuazione di indagini epidemiologiche in relazione alle denunce ricevute	G8	[Ind.Int. 25]	Numero indagini epidemiologiche effettuate [Ind.Int. 25]	0	Mantenimento		2
G	IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI VITA	PREVENZIONE	Garantire la copertura ottimale dei sopralluoghi al fine della verifica dei requisiti igienico-sanitari nei negli ambiti delle attività ricettive, sportive, professione e arti sanitarie, assistenziali.	G9	[Ind.Int. 26]	Numero di sopralluoghi [Ind.Int. 26]	0	Mantenimento/ miglioramento sul dato storico		1

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

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [-] o maggiore [+] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 25%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.

NOTE

Equipe

Dr.ssa BASILE MARIA

Maria Basile

Dr.ssa BATTISTA TATIANA

Tatiana Battista

Dr.ssa BIANCO ANGELA

Angela Bianco

Dr. CALAMAI CARLO

Carlo Calamai

Dr. CALCAGNILE GIANLUIGI

Gianluigi Calcagnile

Dr.ssa CAPRARO SIMONA

Simona Capraro

Dr.ssa CAVALIERE ADDOLORATA

Addolorata Cavaliere

Dr. CAPUTI GIOVANNI

Giovanni Caputi

Dr. COCCIOLI ROBERTO

Roberto Coccioli

Dr.ssa COFANO ROSA

Rosa Cofano

Dr.ssa CIPRIANI ROSITA

Rosita Cipriani

Dr. DESIANTE FRANCESCO

Francesco Desiante

Dr. FAINO ALESSANDRO

Alessandro Faino

Dr. FRANCAVILLA DARIO

Dario Francavilla

Dr.ssa GIASI MARIA NICOLA

Maria Nicola Giasi

Dr. GIORGINO AUGUSTO

Augusto Giorgino

Dr. GRECO LEONARDO

Leonardo Greco

Dr. IACOBELLI MASSIMO

Massimo Iacobelli

Dr.ssa MASI ANTONIA

Antonina Masi

Dr. MASTRONUZZI LUIGI

Luigi Mastronuzzi

Dr. MOCCIA COSIMO

Cosimo Moccia

Dr.ssa MONTELEONE CARLA

Carla Monteleone

Dr. PALAZZO FILOMENO

Filomeno Palazzo

Dr. PESARE ANTONIO

Antonio Pesare

Dr. PRETE GIUSEPPE

Giuseppe Prete

DR. RESTA FRANCESCO

Francesco Resta

DR. RICCI FRANCESCO

Francesco Ricci

Dr.ssa RUSSO CARMELA

Carmela Russo

Dr. SARCINELLA MASSIMO

Massimo Sarcinella

Dr. SCHENA GIANVITO

Gianvito Schena

Dr.ssa SPONSELLI GRAZIA MARIA

Grazia Maria Sponselli

Dr. TUCCI RAFFAELE

Raffaele Tucci

Dr. VENERE DOMENICO

Domenico Venerè

Rappresentante comparto

[Signature]

Dr. RIZZI ROBERTO

Roberto Rizzi

Il Direttore della struttura

[Signature]

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

[Signature]

Il Direttore del C.d.G.

[Signature]

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi
[Signature]



ASL TARANTO
SCHEDE DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Unità Operativa

SIAN - SC

Responsabile: **DURANTE ARMANDO**

Scheda di budget 2019 SIAN - SC - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1	2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali	1
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Chiusura delle procedure di Segnalazione Certificata di Inizio attività (SCIA) entro i termini previsti	G10	[Ind.Int. 27]	(Numero SCIA concluse nel termin / Totale SCIA pervenute)*100 [Ind.Int. 27]	0	>=90%	3
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire la piena copertura delle verifiche preliminari alla realizzazione e/o attivazione di imprese di produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande	G11	[Ind.Int. 28]	(Numero Verifiche / Numero imprese realizzate o attivate)*100 [Ind.Int. 28]	0	1	3
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire la piena copertura dei controlli per attività relative a produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio	G12	[Ind.Int. 29]	(Numero controlli effettuati / Numero nuove aziende attivate)*100 [Ind.Int. 29]	0	1	2
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Organizzazione di eventi di formazione nei confronti di terzi	G13	[Ind.Int. 30]	Numero di eventi [Ind.Int. 30]	0	Almeno 3	3
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto dei controlli per tipologia OSA, come da piano	G14	[Ind.Int. 31]	(Numero controlli effettuati / Numero attività soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 31]	0	Da tabella	2

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe dirigenti

Dr. DE CARLO DOMENICO

Dr. DORIA GIOVANNI

Dr. SOLITO EGIDIO

Rappresentante comparto

Dr. SCHIFONE COSIMO

Il Direttore della struttura

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Il Direttore del C.d.G

Il Direttore Generale



Struttura

ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Unità Operativa

SIAV A - SC

Responsabile: (F.F.) LAERA LUIGI

Scheda di budget 2019 SIAV A - SC - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi Informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi Informativi [Ind.Int. 08]	0	1		2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball		1
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	G20	[Ind.Int. 37]	% di allevamenti controllati per TBC bovina = (Numero allevamenti controllati / Numero allevamenti da sottoporre a controllo)*100 [Ind.Int. 37]	0	> 99%		3
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	G21	[Ind.Int. 38]	% di allevamenti controllati per brucellosi ovcaprina, bovina e bufalina = (Numero allevamenti controllati / Numero allevamenti da sottoporre a controllo)*100 [Ind.Int. 38]	0	> 99%		3
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Anagrafe animale - Controllo delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana ed animale	G22	[Ind.Int. 39]	% di aziende ovcaprine controllate per anagrafe ovcaprina = (Numero totale aziende ovcaprine controllate / Numero totale aziende ovcaprine)*100 [Ind.Int. 39]	0	> 5%		3
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Controllo e contenimento del fenomeno del randagismo.	G23	[Ind.Int. 40]	(Numero cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / Numero cani randagi catturati)*100 [Ind.Int. 40]	0	1		3
G	Sanità animale	PREVENZIONE	Controllo e contenimento del fenomeno del randagismo.	G24	[Ind.Int. 41]	(Numero cani randagi sottoposti a sterilizzazione / Numero cani randagi catturati)*100 [Ind.Int. 41]	0	1		2

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe

Dr. ARRE FRANCESCO

Dr. BUZZI ANTONIO

Dr. DE ANGELIS CARLO

Dr. DUBLA TOMMASO

Dr. GARRAMONE LORENZO

Dr. GIANNICO NUNZIO

Dr. MARAGLINO GIUSEPPE

Dr. MARAGLINO PIETRO

Dr. PANSINI GABRIEL

Dr. PERNICIA GIUSEPPE

Dr. TINELLI SEBASTIANO

Rappresentante comparto

Dr. DIMARTI CARMELO

Il Direttore della struttura

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET 2019



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Unità Operativa

SIAB B - SC

Responsabile: (F.F.) CARONE FERNANDO

Scheda di budget 2019 SIAB B - SC - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RESULTATO ATTESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1	2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbalii anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball	1
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto dei controlli per tipologia di OSA di interesse SIAB B, come da piano	G25	[Ind.Int. 42]	(Numero controlli effettuati/ Numero attività soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 42]	0	Da Tabella	2
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto dei controlli presso gli impianti di deposito di alimenti di origine animale	G26	[Ind.Int. 43]	(Numero controlli effettuati/ Numero attività soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 43]	0	Almeno 25%	3
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto della sorveglianza e dei controlli sul latte nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e vendita	G27	[Ind.Int. 44]	(Numero controlli effettuati/ Numero attività soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 44]	0	Almeno 25%	3
G	Sicurezza degli alimenti	PREVENZIONE	Garantire il rispetto della sorveglianza e dei controlli sul corretto smaltimento dei sottoprodotti di origine animale	G28	[Ind.Int. 45]	(Numero controlli effettuati/ Numero attività soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 45]	0	Almeno 25%	1

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe

Dr.ssa AZZONE MARIA *Maria Azzone*

Dr. BASILE FABRIZIO *Fabrizio Basile*

Dr. CAMPEGGIA FRANCESCO *Francesco Campeggia*

Dr.ssa DALO' MARIA *Maria Dalò*

Dr.ssa DE RAZZA PIERANGELA *Pierangela De Rizza*

Dr. FELLA SAVERIO *Saverio Fella*

Dr. LINOCI ANTONIO *Antonio Lino*

Dr. ROBERTO GIOVANNI 53 *Roberto Giovanni*

Dr. ROBERTO GIOVANNI 6 *Roberto Giovanni*

Rappresentante comparto

Dr. QUATRARO MARCO *Marco Quatraro*

Il Direttore della struttura

Servizio Veterinario Igiene Alimenti
 Direttore
Fernando Carone
 AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
 IL DIRETTORE
 DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 (Dr. Carone - CONVERSANO)

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi
Stefano Rossi



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Unità Operativa

SIAV C - SC

Responsabile: **(F.F.) FRANCO ETTORE**

Scheda di budget 2019 SIAV C - SC - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi Informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi Informativi [Ind.Int. 08]	0	1	2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball	1
G	Igiene degli allevamenti	PREVENZIONE	Garantire il controllo per la riduzione del rischio di uso di farmaci illeciti e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari	G29	[Ind.Int. 46]	% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale = (Numero campioni analizzati / Numero campioni programmati)*100 [Ind.Int. 46]	0	> 99%	3
G	Igiene degli allevamenti	PREVENZIONE	Garantire il controllo degli esercizi addetti alla vendita di alimenti zootecnici	G30	[Ind.Int. 47]	(Numero controlli presso gli esercizi per la vendita di alimenti zootecnici / Numero di esercizi per la vendita di alimenti zootecnici)*100 [Ind.Int. 47]	0	Almeno 25%	3
G	Igiene degli allevamenti	PREVENZIONE	Garantire il controllo sul benessere degli animali d'affezione nelle strutture di ricovero	G31	[Ind.Int. 48]	(Strutture ricovero cani controllate / Totale strutture ricovero cani)*100 [Ind.Int. 48]	0	Almeno 25%	2
G	Igiene degli allevamenti	PREVENZIONE	Garantire il controllo delle strutture veterinarie	G32	[Ind.Int. 49]	(Ambulatori e cliniche veterinarie controllate / Totale ambulatori e cliniche veterinarie autorizzate)*100 [Ind.Int. 49]	0	Almeno 25%	1

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equippe

Dr. MANDESE CORRADO

Dr. MARZO FRANCESCO NICOLA

Dr. MICCOLIS PASQUALE

Rappresentante comparto

Dr. PELLEGRINO ANGELO

Il Direttore della struttura

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale



ASL TARANTO
SCHEDE DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Unità Operativa

SPESAL - SC

Responsabile: SCARNERA COSIMO

Scheda di budget 2019 SPESAL - SC - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ID Macro	MACRO-AREA OGGETTIVO	AREA	OGGETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		2
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		1
G	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	PREVENZIONE	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	G15	[Ind.Int. 32]	% di imprese attive sul territorio controllate = (Unità produttive CONTROLLATE / Unità produttive ATTIVE presenti sul territorio e soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 32]	0	> 5%		3
G	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	PREVENZIONE	Prevenzione infortuni mortali ed invalidanti in edilizia	G16	[Ind.Int. 33]	(Numero cantieri ispezionati sul territorio aziendale / Totale cantieri notificati sul territorio aziendale)*100 [Ind.Int. 33]	0	Almeno 10%		3
G	Tutela della salute	PREVENZIONE	Attività di vigilanza e controllo svolte dagli SPESAL in relazione alle attività di bonifica da amianto ai sensi del D. Lgs 277/91	G17	[Ind.Int. 34]	(Numero cantieri di bonifica amianto ispezionati / Totale piani di lavoro per bonifica amianto pervenuti allo stesso SPESAL)*100 [Ind.Int. 34]	0	Almeno 15%		3
G	Tutela della salute	PREVENZIONE	Attività di vigilanza e controllo svolte dagli SPESAL	G18	[Ind.Int. 35]	(Numero aziende ispezionate (aziende ispezionate tutti i comparti + aziende visitate per l'espressione di pareri) / Tot. insediamenti produttivi con dipendenti censiti INAIL (PAT attivo con n. addetti > 1 o artigiani > 2))*100 [Ind.Int. 35]	0	Almeno 5%		2
G	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	PREVENZIONE	Realizzare eventi di educazione alla prevenzione	G19	[Ind.Int. 36]	Numero di eventi di educazione alla prevenzione nei luoghi di lavoro [Ind.Int. 36]	0	Almeno 5 eventi		3

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe

Dr.ssa ALOISE INGRID

Dr.ssa DE PASCALE GENOVEFFA

Dr.ssa DI MARO GABRIELLA

Rappresentante comparto

Dr. DI SUMMA ANGELO

Il Direttore della struttura

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Il Direttore del Cd.G

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi

Unità Operativa

DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE - S

 Responsabile: **ARIANO VINCENZA**

Scheda di budget 2019 DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE - SC - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Tempi di Pagamento dei fornitori	D7	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 [Ind.Int. 14]	0	0		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verballi		3
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE	Prosecuzione delle attività dell'ambulatorio di secondo livello per la dipendenza da nicotina, integrato con i servizi del Dipartimento di Prevenzione e della Pneumologia territoriale	H1	[Ind.Int. 67]	Relazione relativa alle attività e alle forme di integrazione dell'ambulatorio [Ind.Int. 67]	0	Evidenza documentale		3
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE	Prosecuzione delle attività dell'ambulatorio di secondo livello per la dipendenza da nicotina, integrato con i servizi del Dipartimento di Prevenzione e della Pneumologia territoriale	H2	[Ind.Int. 68]	% Presa in carico = (Soggetti in carico/soggetti richiedenti)*100 [Ind.Int. 68]	0	>85%		2
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EFFICIENZA	Visite periodiche nelle Comunità Terapeutiche, per il tramite dei SerD competenti territorialmente, finalizzate all'accertamento della permanenza dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento nelle more del rilascio, da parte della Regione, dell'accREDITAMENTO ai sensi del nuovo Regolamento regionale n.10/2017.	H3	[Ind.Int. 69]	Numero visite nelle Comunità Terapeutiche finalizzate all'accertamento [Ind.Int. 69]	0	Almeno 1 visita/Annuale per comunità		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EFFICIENZA	Prevenzione, cura e riabilitazione del Gioco D'Azzardo Patologico- Piano di attività della Regione Puglia. Monitoraggio.	H4	[Ind.Int. 70]	Relazione sul piano di avanzamento (SAL). Percentuale dei fondi utilizzati [Ind.Int. 70]	0	>35%		3
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	Realizzare eventi di informazione e formazione (dipendenza da fumo)	H5	[Ind.Int. 71]	Num di eventi di educazione sanitaria antifumo [Ind.Int. 71]	0	> 3		3
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	Realizzare eventi di informazione e formazione (alcolismo)	H6	[Ind.Int. 72]	Num di eventi di educazione sanitaria alcolismo [Ind.Int. 72]	0	> 3		3
H	GESTIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	Realizzare eventi di informazione e formazione (ludopatie)	H7	[Ind.Int. 73]	Numero di eventi di educazione ai corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie [Ind.Int. 73]	0	> 3		3

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe

ASL TA
 Dipartimento Dipendenze Patologiche
 S.C. Ser.D TA

Il Direttore della struttura:


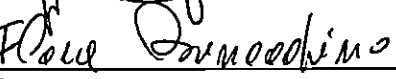
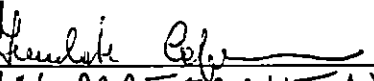
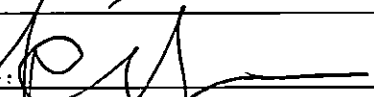
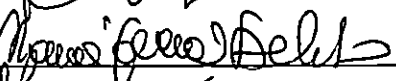
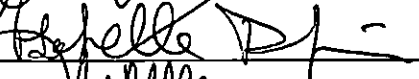
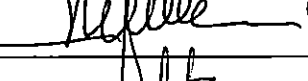
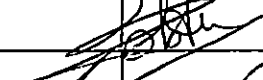



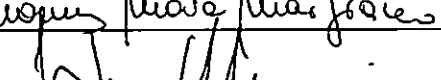
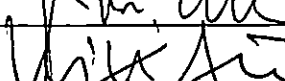
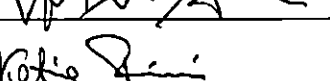
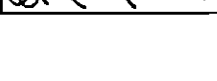
Il Direttore
 Dr.ssa Vincenza Ariano

Il Direttore del C.d.G

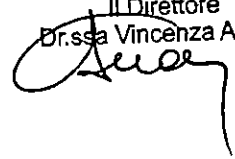
Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi

SCHEDA BUDGET 2019

COGNOME	NOME	FIRMA PER RICEVUTA
BUCCOLIERI	COSIMO	
BUZZACCHINO	FLORA	
CAPOGROSSO	IMMACOLATA	
CASTORO	GERMANA	IN MATERNITA'
CRISTOFARO	GIOVANNI	
DE VITO	MARIA LUCIA	
DI GIOVANNA	ISABELLA	
FALCONE	GIUSEPPE	
GALATONE	DONATO	
GRASSANO	CARLA	
LACATENA	ANNA	
MANNA	PATRIZIA	
MARIGLIANO	NORMA MARIA	
MELE	GIANFRANCO	
MIANULLI	ANTONIO	
PIERRI	KATIA	

ASL TA
 Dipartimento Dipendenze Patologiche
 S.C. Ser.D TA
 IL Direttore
 Dr.ssa Vincenza Ariano



PISANI	ANNA	<i>Anna</i>
QUARANTA	MARIA RITA	<i>Maria Rita</i>
SCHIROSI	GABRIELLA M. M.	<i>Gabriella</i>
SEMERARO	LUCIANA	<i>Luciana Semeraro</i>
SOLETI	EMANUELA	<i>Emanuela</i>
TADDEO	MARGHERITA	<i>Margherita</i>
VERARDI	VINCENZO	<i>Vincenzo</i>
ZIZZA	GIUSEPPE	<i>Giuseppe</i>
FINO	SILVIA	<i>Silvia</i>
UCI	MICHELE	<i>Michele</i>
MASIELLO	FRANCESCA	<i>Francesca</i>

ASL TA
 Dipartimento Dipendenze Patologiche
 S.C. Ser.D TA
 Il Direttore
 Dr.ssa Vincenza Ariano
Vincenza Ariano



Struttura

DART

Unità Operativa

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - SC

Responsabile: CONTE PIERGUIDO

Scheda di budget 2019 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - SC - DART

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind.	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) P= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) P= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Tempi di Pagamento dei fornitori	D7	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 ovvero nel rispetto delle DGR Regionali in materia di accordi contrattuali con i soggetti in convenzione [Ind.Int. 14]	0	0		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi (*)	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3
L	DART	QUALITA'	Garantire la sicurezza del paziente	L1	[Ind.Int. 1DART]	Numero di eventi sentinella (lesioni da decubito, cadute, infezioni ospedaliere) insorti durante il ricovero in codice 56 sul totale dei ricoveri in codice 56 [Ind.Int. 1DART]	0	Tendente a 0		3
L	DART	QUALITA'	Miglioramento appropriatezza CLINICA DGR 2067/2013	L2	[Ind.Int. 2DART]	% di ricoveri con potenziale inappropriatezza clinica rispetto al totale ricoveri, intesa come correlazione tra la tipologia di ricovero riabilitativo e l'evento acuto che ha preceduto il ricovero [Ind.Int. 2DART]	0	>=95%		2

ID Macro	MACRO-AREA	OBBIETTIVO	AREA	OBBIETTIVO	ID Ind.	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
L		DART	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza CLINICA DGR 2067/2013	L3	[Ind.Int. 3DART]	% di ricoveri con potenziale inappropriata clinica rispetto al totale ricoveri, intesa come la distanza temporale tra l'evento acuto ed il successivo ricovero riabilitativo [Ind.Int. 3DART]	0	<=Tempo DRG 2067/2013	2
L		DART	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza CLINICA DGR 2067/2013	L4	[Ind.Int. 4DART]	% di ricoveri con potenziale inappropriata clinica rispetto al totale ricoveri, intesa per i ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto [Ind.Int. 4DART]	0	<=10%	2
L		DART	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza ORGANIZZATIVA DGR 2067/2013	L5	[Ind.Int. 5DART]	% di ricoveri con potenziale inappropriata organizzativa (ricoveri con durata inferiore alla soglia minima) [Ind.Int. 5DART]	0	Tendente a 0	2
L		DART	EFFICIENZA	Miglioramento efficienza	L6	[Ind.Int. 6DART]	% giornate di degenza potenzialmente inefficienti rispetto al totale giornate di degenza (ricoveri con durata superiore alla soglia massima) [Ind.Int. 6DART]	0	<=20%	2
L		DART	EFFICIENZA	Miglioramento efficienza	L7	[Ind.Int. 7DART]	Assolvimento attività ispettiva presso strutture ex art.26 [Ind.Int. 7DART]	0	Almeno 2/anno	3

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

Equipe

[Handwritten signatures]
 CORINO MINOIA
 PAOLA S. BARTOLO
 NUNZIA AMATI
 VALERIA CASTRO
 ANGIOLA M. DONATA
 FLAVIA ROMANO
 COMAGLIA RICCI
 FRANCESCO SERNO
 NIGOLA CETERA
 Valere Bosa Valere Casola

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale
 Avv. Stefano Rossi



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Unità Operativa

C.S.M. TARANTO - SC

Responsabile: **BOZZANI ALBERTO**


Scheda di budget 2019 C.S.M. TARANTO - SC - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

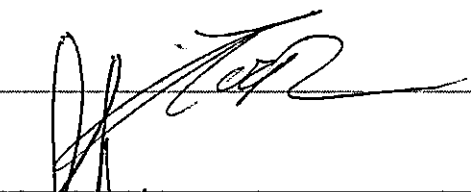
ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind.	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	Valore
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Tempi di Pagamento dei fornitori	D7	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 ovvero nel rispetto delle DGR Regionali in materia di accordi contrattuali con i soggetti in convenzione [Ind.Int. 14]	0	0		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi Informativi (*)	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I1	[Ind.Int. 1DSM]	% di utenti che non si presentato al secondo/terzo appuntamento dopo il primo contatto (Fonte SISM) [Ind.Int. 1DSM]	0	<=15%		2
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I2	[Ind.Int. 2DSM]	% di ricoveri ripetuti dall'8° al 30° giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni (Fonte SISM) [Ind.Int. 2DSM]	0	<=15%		2
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I4	[Ind.Int. 4DSM]	% di pazienti in trattamento con farmaci LAI rispetto agli utenti in carico (Fonte Farmaceutica) [Ind.Int. 4DSM]	0	>=25%		1
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	I9	[Ind.Int. 9DSM]	Tasso di ricovero per TSO su popolazione maggiorenne [Ind.Int. 9DSM]	0	<=2,2x10.000 ab		2


ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice * Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
<p>Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.</p> <p>NOTE DI VALUTAZIONE: In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.</p>									

Equipe

Arnaldo De Vincenziis
 Luigi Sefano
 Giovanni
 Anneddi Breda
 Riccardo Di Puccio
 Mariacela Iustace
 Rita Votta
 Non
 Giuseppe Saldo
 Lucio Poma

Il Direttore della struttura: 

Il Direttore del C.d.G. 

Il Direttore Generale 



ASL TARANTO
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Unità Operativa

C.S.M. MANDURIA - SC

Responsabile: **BUCCI NUNZIO**

Scheda di budget 2019 C.S.M. MANDURIA - SC - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione	-	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%	-	3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Tempi di Pagamento dei fornitori	D7	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (TP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 ovvero nel rispetto delle DGR Regionali in materia di accordi contrattuali con i soggetti in convenzione [Ind.Int. 14]	0	0	-	3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi (*)	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1	-	3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball	-	3
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I1	[Ind.Int. 1DSM]	% di utenti che non si presentano al secondo/terzo appuntamento dopo il primo contatto (Fonte SISMI) [Ind.Int. 1DSM]	0	<=15%	-	2
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I2	[Ind.Int. 2DSM]	% di ricoveri ripetuti dall'8° al 30° giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni (Fonte SISMI) [Ind.Int. 2DSM]	0	<=15%	-	2
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I4	[Ind.Int. 4DSM]	% di pazienti in trattamento con farmaci LAI rispetto agli utenti in carico (Fonte Farmaceutica) [Ind.Int. 4DSM]	0	>=25%	-	1
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	I9	[Ind.Int. 9DSM]	Tasso di ricovero per TSO su popolazione maggiorenni [Ind.Int. 9DSM]	0	<=2,2x10.000 ab	-	2

Scheda di budget 2019 C.S.M. MANDURIA - SC - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

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

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

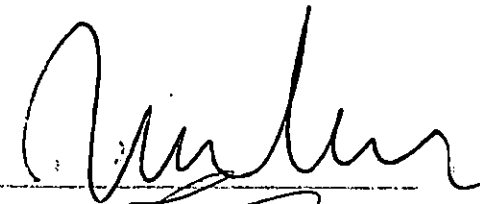
NOTE DI VALUTAZIONE:

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

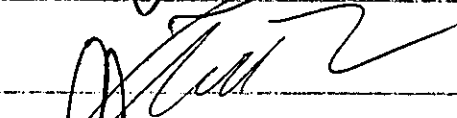
Equipe

Allegro e bene affide
di un'azienda

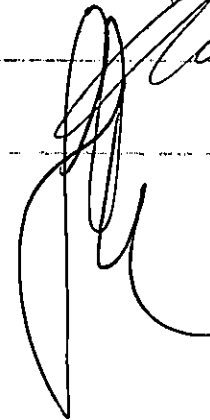
Il Direttore della struttura:



Il Direttore del C.d.G



Il Direttore Generale





ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Unità Operativa

C.S.M. CASTELLANETA - SC

Responsabile: F.F. FERRARO SALVATORE

Scheda di budget 2019 C.S.M. CASTELLANETA - SC - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	150°
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Tempi di Pagamento dei fornitori	D7	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 ovvero nel rispetto delle DGR Regionali in materia di accordi contrattuali con i soggetti in convenzione [Ind.Int. 14]	0	0		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi (*)	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I1	[Ind.Int. 1DSM]	% di utenti che non si presentato al secondo/terzo appuntamento dopo il primo contatto (Fonte SISM) [Ind.Int. 1DSM]	0	<=15%		2
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I2	[Ind.Int. 2DSM]	% di ricoveri ripetuti dall'8° al 30° giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni (Fonte SISM) [Ind.Int. 2DSM]	0	<=15%		2
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I4	[Ind.Int. 4DSM]	% di pazienti in trattamento con farmaci LAI rispetto agli utenti in carico (Fonte Farmaceutica) [Ind.Int. 4DSM]	0	>=25%		1
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	I9	[Ind.Int. 9DSM]	Tasso di ricovero per TSO su popolazione maggiorenne [Ind.Int. 9DSM]	0	<=2,2x10.000 ab		2

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO
<p>Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione.</p> <p>NOTE DI VALUTAZIONE: In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [\leq] o maggiore [\geq] al valore posto come obiettivo), l'obiettivo stesso si intenderà raggiunto al 100% per scostamenti non superiori al 15%; raggiunto al 50% per scostamenti compresi tra il 16 e il 35%; non raggiunto per scostamenti superiori al 35%.</p>										

Equipe

Don Vannino
 Caterina Terenzi
 Esterina
 Corrado
 ...
 ...
 ...
 ...

A.S.L. TA - D.S.M.
 CENTRO SALUTE MENTALE MASSAFRA
 Dr. Salvatore FERRARO
 PSICHIATRA
 CODICE 928617

Il Direttore della struttura: _____

Il Direttore del C.d.G _____

Il Direttore Generale _____

Scheda di budget 2019 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - SC - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicator e	INDICATORE	storico 201	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PSO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi (*)	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I3	[Ind.Int. 3DSM]	% di abbandoni dal trattamento farmacologico di pazienti minorenni in carico (Fonte Farmaceutica) [Ind.Int. 3DSM]	0	<=17%		2
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I5	[Ind.Int. 5DSM]	% di abbandoni di pazienti minorenni in carico [Ind.Int. 5DSM]	0	<=25%		2
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	I6	[Ind.Int. 6DSM]	% di abbandoni dal trattamento di pazienti minorenni in carico [Ind.Int. 6DSM]	0	<=25%		1
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	I11	[Ind.Int. 11DSM]	Definizione di raccordi formalizzati tra i PLS e il Servizio di NPIA per garantire una precoce formulazione del sospetto di ASD da parte dei PLS nell'ambito dei bilanci di salute [Ind.Int.11DSM]	0	Verbale		3

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

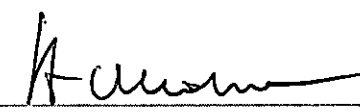
NOTE DI VALUTAZIONE:

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

Equipe

Girolamo Saranti Maria Elena Sabatini
Francesca Madonna Giuseppe
Domenico Maria Elena
Francesca Sabatini
Valeria Davito Elisabetta Belle
Francesca Sabatini Elisabetta Belle
Francesca Sabatini Elisabetta Belle
Girolamo Saranti

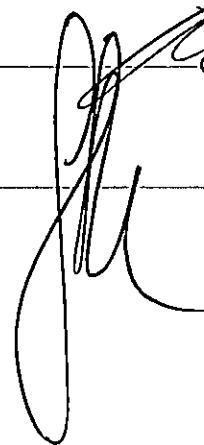
Il Direttore della struttura:



Il Direttore del C.d.G



Il Direttore Generale





ASL TARANTO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Unità Operativa

SPDC - SC

Responsabile: NACCI MARIA

Scheda di budget 2019 SPDC - SC - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

ID Macro	MACRO-AREA OGGETTIVO	AREA	OGGETTIVO	ID Ind.	Codice Indicatore	INDICATORE	storico 2017	target 2019	RISULTATO ATTESO	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico.	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza del paziente e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi (*)	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incognuenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verbali		3
I	SALUTE MENTALE	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza e continuità terapeutica	14	[Ind.Int. 4DSM]	% di pazienti in trattamento con farmaci LAI rispetto agli utenti in carico (Fonte Farmaceutica) [Ind.Int. 4DSM]	0	>=25%		2
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	18	[Ind.Int. 8DSM]	Indice di performance degenza media per patologie psichiatriche [Ind.Int. 8DSM]	0	0		3
I	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	19	[Ind.Int. 9DSM]	Tasso di ricovero per TSO su popolazione maggiorenne [Ind.Int. 9DSM]	0	<=2,2x10.000ab		2

Scheda di budget 2019 SPDC - SC - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind	Codice Indicatore	INDICATORE	storico 2017	target 2018	RISULTATO O ATTESO	
1	SALUTE MENTALE	EFFICACIA	Preso in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	120	[Ind.Int. 10DSM]	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni [Ind.Int. 10DSM]	0	<=8%		2

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

Equipe

UGO MERIO PESTINA
 MARIA DI NOI
 ARTURO DI ADAMO
 STEFANIA DI LATO
 ORAZIO HIPPOLIS
 CLAUDIA FUME
 MARIA EMANUELA PUPINO
 CECERE ANGELA CHIARA

Il Direttore della struttura:

Marie Meoni

Il Direttore del C.d.G.

[Signature]

Il Direttore Generale

[Signature]