



**ASL TARANTO**  
**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

Struttura

**MANDURIA**

Unità Operativa

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO - SC

Responsabile: **PANDIANI IRENE**

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

ID Macro	MACRO-AREA/OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza urgenza	B17	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	0	<=6%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	0	>=70%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Mantenimento o miglioramento sul dato storico		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3

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

ID Macro	MACRO-AREA-OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	ID Ind	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento o miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento o miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento o miglioramento sul dato storico		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E3	[Ind.Int. 59]	Realizzazione delle attività di controllo interno della appropriatezza delle prestazioni erogate secondo le quote indicate nella DGR 90/2019 [Ind.Int. 59]	0	1		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball		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

*Francesco Bianco*  
*Matteo Polvere Merlo*

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

*Operativa*

---



---



---



---



---



---

Il Direttore della struttura: *Luigi P. P. P.*

---

Il Direttore del C.d.G.

---

Il Direttore Generale  
*Dr. Stefano Rossi*

---



**ASL TARANTO**  
**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

Struttura

**MANDURIA**

Unità Operativa

**ANESTESIA E RIANIMAZIONE - SC**

Responsabile:

**PASQUALE MARANGONO**

Scheda di budget 2019 ANESTESIA E RIANIMAZIONE - SC - MANDURIA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	0	>=70%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B26	[Ind.Int. 60]	Indice di Saturazione dei servizi di Anestesia: NUM: Numero di procedure die, come da SDO, per Anestesista/DEN Numero di Giorni lavorativi per Anestesista, come da procedura di rilevazione presenza [Ind.Int. 60]	0	>=90%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg	/	
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3

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

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

In relazione al verso dell'obiettivo (ovvero se il risultato atteso debba essere inferiore [ <= ] 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

PASQUALE TARANGOLO

GIANCARLO FUSCO

EUSA

ERENIO

TAIARA

QUARANTA

MAURO

SPIRNATI

ELENA

RICCHIUTI

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

MANDURIA

Unità Operativa

CARDIOLOGIA - SC

Responsabile: COCCO FRANCESCO

Scheda di budget 2019 CARDIOLOGIA - SC - MANDURIA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A1	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0	0		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.int. 01]	0	>=80%		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.int. 02]	0	<=10%		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B10	[Ind. MES C11a.1.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.1.1]	0	<=230		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B13	[Ind. MES C14.4]	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	0	<4%		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed Infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		N
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.int. 04]	0	>=10%		N
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.int. 20]	Tempi di attesa secondo PNL [Ind.int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		M
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		M
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		M

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3

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

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

**NOTE DI VALUTAZIONE:**

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

NOTE L'ATTIVAZIONE ORGANICO DEI DIRIGENTI MEDICI IN SERVIZIO È INFONDATA A. SQUADRO PREVISTO PER LA TIPOLOGIA M.S.C.

Equipe

*Dott. Pennetta Carlo*  
Specialista in Nefrologia e Cardiologia  
C.R. 712190

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

ASL TARANTO P.O. Manduria - 160074  
SC Cardiologia Uffic. C.R. 712190  
Dirigente Medico Dr. Francesco COCCO  
Con incarico di alta specializzazione:  
Prevenzione diagnosi e terapia delle Complicanze  
Cardiovascolari in Cardiooncologia e nell'ipertensione Arteriosa

Il Direttore della struttura: *[Signature]*

Il Direttore del C.d.G. *[Signature]*

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





# ASL TARANTO

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MANDURIA

Unità Operativa

CHIRURGIA GENERALE - SC

Responsabile: FRACASSO AGOSTINO LORENZO

Scheda di budget 2019 CHIRURGIA GENERALE - SC - MANDURIA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A2	[Ind. MES C2a.C]	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B3	[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	0	<=35%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B6	[Ind. PNE302]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni [Ind. PNE302]	0	>=70%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B30	[Ind. MES C10c]	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	0	<=30gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B33	[Ind. Mes C10.4.3]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon [Ind. Mes C10.4.3]	0	<=15gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PERCORSO ONCOLOGICO	Miglioramento qualità di processo	B34	[Ind. Mes C10.4.4]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto [Ind. Mes C10.4.4]	0	<=15gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed Infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLN [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3

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

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe

*Giuseppe Lentini*  
*Giuseppe Proccacci*  
*Cesare Nobile*  
*Roberto Villa*  
*Maurizio Ammirato*  
*Roberto Proccacci*

ASL TA  
 P.O. ORIENTALE MANDURIA - 10007/  
 Struttura Complessa Chirurgia  
 Direttore Dr. A. Longo

Il Direttore della struttura: *[Signature]*

Il Direttore del C.d.G. *[Signature]*

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



# ASL TARANTO

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MANDURIA

Unità Operativa

MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PS) - SC

Responsabile: TURCO FRANCESCO

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

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B17	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	0	<=6%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B18	[Ind. MES C16.1]	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti [Ind. MES C16.1]	0	>=75%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B19	[Ind. MES C16.2]	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	0	>=70%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	PRONTO SOCCORSO	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B20	[Ind. MES C16.10]	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B21	[Ind. MES C16.7]	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	0	>=55%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B22	[Ind. MES C16.4]	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	0	>=85%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B23	[Ind.Int. 03]	% pazienti ricoverati da PS con DRG Inappropriato [Ind.Int. 03]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	B24	[Ind.Int. 52]	% OBI esitati in Ricovero - N. OBI esitati in ricovero / Totali degli OBI in PS [Ind.Int. 52]	0	<=20%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICOFINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICOFINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		1
D	ASPETTI ECONOMICOFINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		1

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D5	[Ind.Int. 13 (*)]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		2
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pleno utilizzo degli applicativi esternali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pleno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
F	LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	F1	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	0	2 Verball		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 della 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 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 [ <= ] 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

CARACCI ANSELMO *Anselmo Caracci*

Equipe CHIRIATTI GABRIELA *Gabriela Chiriatto*

CAFFARO MARCO *Marco Caffaro*

DE ROSA LUIGI ANNO *Luigi De Rosa*

PERUCCI ROBERTA *Roberta Perucci*

LOGRIED FRANCO *Franco Logried*

MAZZA LUIGI A.B. *Luigi Mazza*

VETRUGNO VALTER *Valter Vetrugno*

FILONI SUSABETTA *Susabetta Filoni*

SANMARCO SILVANA DE LE *Silvana Sanmarco*

CARROZZO CARLO *Carlo Carozzo*

ASL TA  
P.O. ORIENTALE MANDURIA - 160074  
S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione  
Coordinatore Infermieristico  
Inf. Giuseppe *Giuseppe*

ASL TARANTO  
P.O. ORIENTALE - MANDURIA - 160074  
S.C. Medicina Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza  
Pronto Soccorso  
Direttore Dr. Francesco TURCO  
Cod. Reg. 929123

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

MANDURIA

Unità Operativa

MEDICINA GENERALE - SC

Responsabile: MASTRANDREA FULVIO

Scheda di budget 2019 MEDICINA GENERALE - SC - MANDURIA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A1	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0	0		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % del ricoveri brevi 0-3gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B10	[Ind. MES C11a.1.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.1.1]	0	<=230		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B11	[Ind. MES C11a.2.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per diabete per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.2.1]	0	<=40		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B12	[Ind. MES C11a.3.1]	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.3.1]	0	<=65		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B13	[Ind. MES C14.4]	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	0	<4%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed Infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLN [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza 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)	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		
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%		2
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3

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

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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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

NOTE

Equipe

*Salvatore Bittanti*  
*Giuliano*  
*Bucchiervo Giovanni Francesco*  
*Rosa Fabbese*  
*Vito La Ferla*  
*Paolo Quaresima*  
*Gianni*  
*Leone*

Il Direttore della struttura:

*F. Martorella*

Il Direttore del C.d.G

*[Signature]*

Il Direttore Generale

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





**ASL TARANTO**  
**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

Struttura

**MANDURIA**

Unità Operativa

**NEFROLOGIA - SSVd**

Responsabile: **PERRONE FRANCESCO**

Scheda di budget 2019 NEFROLOGIA - SSVd - MANDURIA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A1	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0	0		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B13	[Ind. MES C14.4]	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	0	<4%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra ed Infra Regione - DRG alta complessità (in riferimento alla casistica della struttura) [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=2%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B38	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. Extra ed Infraregione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B39	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B40	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=4%		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B47	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3

ID Macro	MACRO-AREA	OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3	
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		1	
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		1	
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		1	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3	
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3	
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi Informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi Informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3	
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi Informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		1	

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

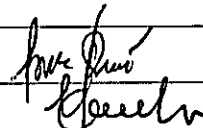

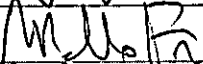


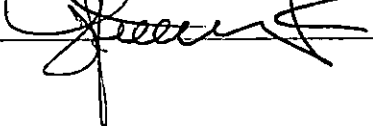
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere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

NOTE DI VALUTAZIONE:

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


NOTE

Equipe

DOTT. CARLO GIULI (COORDINATORE INE.)  
 DOTT. VITTORIO CONZO  
 DOTT. GIANNI VITO LEONARDO  
 DOTT. LIBARDI FELVIO  
 DOTT. FRADERNA MARCELLO  
 DOTT. SIA PESEA CAMERON  
 DOTT. PENNABELLOMI FABIO  
 DOTT. VENERIG PAOLO

Il Direttore della struttura:

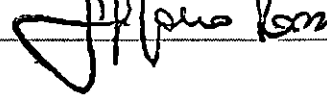
 DOTT. PERRONE FRANCO

Il Direttore del C.d.G.



Il Direttore Generale

Il Direttore Generale  
Avv. Stefano Rossi





**ASL TARANTO**  
**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

Struttura

**MANDURIA**

Unità Operativa

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Responsabile: DIRETTORE S.C. ORTOPIEDIA Dott. ALDO CASTO

Scheda di budget 2019 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA - MANDURIA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
A	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	A2	[Ind. MES C2a.C]	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0	0		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B1	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di Inappropriatezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	0	<=15%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B2	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	0	>=80%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B3	[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	0	<=35%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	B4	[Ind. MES C3]	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	0	<2gg		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	B7	[Ind.Int. 02]	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	0	<=10%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B25	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	0	>=90%	70%	3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B26	[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	0	>=90%		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA' DEI PERSORSI	Miglioramento qualità di processo	B27	[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	0	<3		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B36	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni extra-Regione - DRG alta complessità [Ind. MES C30.3.2.2]	0	>=5%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Attrattività extra-regionale	B37	[Ind.Int. 04]	% Ricoveri ord. extra-regione [Ind.Int. 04]	0	>=10%		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	B38	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0	>=1		2
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	B39	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	0	<=2%		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 Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B40	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg >=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		2

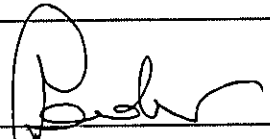
ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	EFFICIENZA	Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pazienti ricoverati	B43	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]	0	Da valutare su serie storica		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B44	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B45	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	C1	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	0	In aumento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	C2	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	0	In miglioramento sul dato storico		3
C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	C3	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	0	In miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	MISSIONE	Ottimizzazione del Costo assistenza ospedaliera	D2	[Ind. MES F18.1 (*)]	Costo medio per punto DRG [Ind. MES F18.1 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D3	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 11 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	In miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D6	[Ind.Int. 53]	Contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale dei consumi e comunque tendente a zero [Ind.Int. 53]	0	<=1%		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi Informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi Informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative	-	3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2	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	1	3

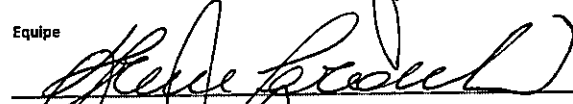
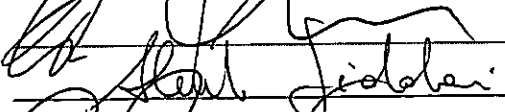
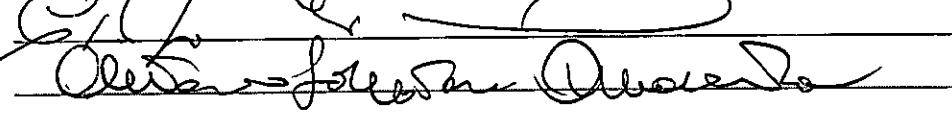
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere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

NOTE

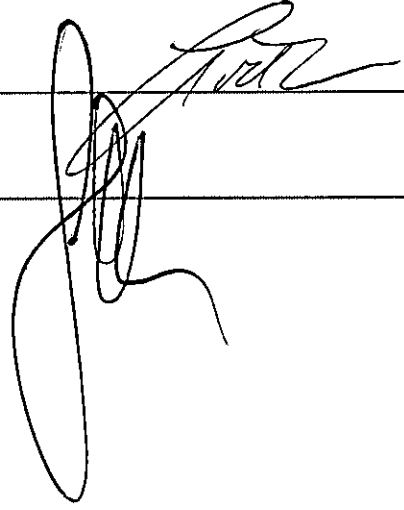
Il Direttore della struttura:



Equipe

Il Direttore del C.d.G.



Il Direttore Generale



ASL TARANTO  
SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MANDURIA

Unità Operativa

PATOLOGIA CLINICA - SSVD

Responsabile: DI PUNZIO COSIMO

Scheda di budget 2019 PATOLOGIA CLINICA - SSVD - MANDURIA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		1
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		1
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		1
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D5	[Ind.Int. 13 (*)]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		1
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

Dr. Cosimo DI PUNZIO

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E4	[Ind.Int. 51]	Pieno utilizzo degli applicativi aziendali di refertazione [Ind.Int. 51]	0	-Pieno utilizzo - In caso di mancato utilizzo, relazione sulle cause ostative		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni.	E5	[Ind.Int. 21]	Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste [Ind.Int. 21]	0	<=2	8	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


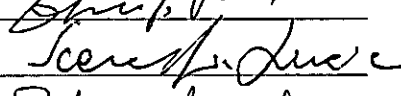
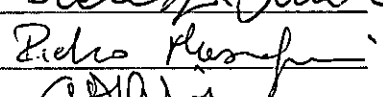
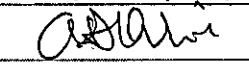
Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera équipe; Il Direttore della UOC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere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

DIPUNZIO COSITTO   
 SCARCIGLIA LUCIA   
 MUSCOGIURI PIETRO   
 D'ANDRIA ANTONELLA 

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

  
 Il Direttore Generale  
 Avv. Stefano Rossi

  
 Dr. Cosimo di PUNZIO





ASL TARANTO  
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

Struttura

MANDURIA

Unità Operativa

RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - SC

Responsabile:

Scheda di budget 2019 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - SC - MANDURIA

ID Macro	MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	IDInd	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2018	Target 2019	RISULTATO ATTESO	PESO
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B41	[Ind.Int. 15]	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti - secondo i codici di priorità [Ind.Int. 15]	0	>=85% U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIV A	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	B42	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	0	U= 3gg; B= 10gg D= 30gg (Visite) D= 60gg (Strumentali) P= 120gg		3
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	B48	[Ind.Int. 17]	Relazione [Ind.Int. 17]	0	Relazione		5/1
B	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	B49	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	0	>=10%		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Operativa	D1	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	0	Pareggio o Utile		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D4	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG/ASSISTITI [Ind.Int. 12 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
D	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	D5	[Ind.Int. 13 (*)]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13 (*)]	0	Mantenimento/miglioramento sul dato storico		3
E	SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	E1	[Ind.Int. 08]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	0	1		3

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

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera 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 Dott. Tommaso Francesco  
Dott. Angelo Spina  
Dott. Angelo Bonatesta  
Dott. Alberto Zuccale  
Dott. Federico Guca

ASL TARANTO  
 P.O. ORIENTALE - MANDURIA - 160074  
 S.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
 Direttore F.F. Dr. Ciro CHIANURA  
 Cod. Fiscale CHNCR160R13E205Z  
 Cod. Regionale 956726

Il Direttore della struttura:

Il Direttore del C.d.G.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale  
Avv. Stefano Rossi