

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La valutazione della performance organizzativa si basa su due procedure: la balanced scorecard aziendale (BSC) e gli obiettivi specifici di Unità Operativa riportati nelle schede di budget che dall'anno 2019 seguono uno schema parificato alla BSC, quindi basato su un sistema di pesi. Gli obiettivi assegnati all'Azienda da Regione Liguria sono riportati nelle prospettive della BSC (vedi capitolo seguente) nonché ribaditi in molti casi anche negli obiettivi specifici allegati alla scheda di budget.

LA BSC

La balanced scorecard è stata adottata sperimentalmente dal Controllo di gestione quale metodo di assegnazione degli obiettivi alle Unità Operative a partire dal 2004 (cfr. *"Il Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie"*, Stefano Baraldi, McGraw Hill, ed.2004, Cap.16 *"L'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova"* – F.Copello); modificata progressivamente negli anni seguenti (*"Il Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie: 5 anni dopo"*, Convegno CeRiSMas-Unicattolica, 27 maggio 2009) è stata ufficialmente adottata dal Policlinico nel 2012 come strumento di valutazione della performance a seguito dell'entrata in vigore della legge 150/2011.

La BSC è unica per tutta l'Azienda e per tutte le figure professionali e in ciò consiste la sua importante valenza informativa; la consegna della scheda alle strutture nel corso degli incontri di budget e la successiva presentazione del direttore allo staff dell'UO consentono di rendere ufficialmente noti gli obiettivi strategici annuali nonché di comprendere in quali settori e con che rilevanza ogni struttura contribuisce al loro conseguimento. Nel monitoraggio delle schede di ogni unità operativa sono naturalmente elaborati e presenti solo gli indicatori pertinenti per ogni struttura.

Le quattro prospettive classiche del modello di Kaplan e Norton sono state modificate al fine di rendere la scheda più aderente alla realtà sanitaria; dopo la attribuzione della qualifica di IRCCS è stata inoltre aggiunta una quinta prospettiva dedicata agli obiettivi della ricerca. Dal 2012 esse sono quindi così rappresentate:

- prospettiva delle risorse, nella quale sono compresi gli obiettivi relativi al budget assegnato in materiale di consumo sanitario e non sanitario ed alle gestione delle risorse umane;
- prospettiva delle attività, che comprende gli obiettivi di volume delle prestazioni, sia complessivi che relativi a specifiche aree individuate come critiche da Regione Liguria, gli obiettivi di appropriatezza e quelli di efficienza;
- prospettiva dell'organizzazione, con gli obiettivi di corretto utilizzo delle risorse di maggior rilevanza economica (posti letto, sale operatorie, aree ambulatoriali, farmaci costosi), gli obiettivi di formazione e quelli di rendicontazione;
- prospettiva della qualità, sicurezza e controllo del rischio con gli obiettivi relativi agli esiti degli audit interni del Sistema Sicurezza e dell'UO Rischio Clinico Qualità e Accredimento, alla completezza ed alla coerenza della documentazione sanitaria, al contenimento di alcuni eventi sentinella (ricoveri ripetuti, cadute e lesioni da decubito);
- prospettiva della ricerca, con obiettivi sul volume quali-quantitativo di pubblicazioni scientifiche, sui fondi finalizzati e sulle sperimentazioni cliniche; per l'analisi di quest'ultima prospettiva è in corso di avanzato sviluppo un datawarehouse con le relative procedure gestionali prodotto in proprio dal Controllo di gestione.

La struttura della BSC è quella di Kaplan e Norton con pesi assegnati alle prospettive, all'interno di queste agli obiettivi e, all'interno degli obiettivi, ai singoli indicatori che ne misurano il risultato; esiste inoltre una griglia di ripartizione delle responsabilità tra le diverse figure professionali dell'equipe per ogni indicatore di ogni obiettivo. (**allegato 1**)

La gestione della scheda si basa su un applicativo informatico progettato e prodotto in proprio dal Controllo di gestione a struttura modulare (**allegato 2**); ogni modulo ha in se tutte le funzioni tipiche del singolo indicatore a cui è dedicato (definizione basedati, descrizione, giudizio, ecc...) e si attiva o si disattiva in funzione del fatto che l'indicatore sia pertinente o meno per l'unità operativa valutata. L'applicativo lavora mensilmente e il suo output delivery system (ODS) produce, in formato html, le BSC di tutte le unità operative, nonché quelle dipartimentali e quella complessiva aziendale e le pubblica nei cruscotti direzionali presenti in Intranet, associando al risultato numerico un sistema di valutazione sintetico con icone "a semaforo" al fine di semplificarne l'interpretazione. Alle schede è associata anche una prevalutazione del risultato finale, sia complessiva di equipe che per singola figura professionale.

In chiusura, il risultato definitivo della BSC viene comunque comunicato via mail in formato pdf ai direttori ed ai coordinatori di unità operativa per l'ultima valutazione e l'invio di eventuali controdeduzioni che saranno poi analizzate dall'OIV. Nell'**allegato 3** è schematizzato il processo finale di valutazione che comporta o meno l'assegnazione del punteggio di ciascun indicatore (risultante dal prodotto tra i pesi e la responsabilità di ogni figura professionale); il grado complessivo di conseguimento del risultato è ricavato dal rapporto tra il punteggio ottenuto ed il massimo teorico raggiungibile nell'ipotesi di valutazione pienamente positiva in tutti gli indicatori pertinenti per la specifica struttura.

Al dato così ottenuto viene infine applicato un modello di correzione della variabilità tra strutture direttamente conseguente alla diversa numerosità di indicatori applicabili a ciascuna di esse; il modello correttivo, proposto dal Controllo di gestione e concordato con l'OIV e le parti sindacali, è su scala logaritmica basato sulla distribuzione gaussiana dei risultati e sulla numerosità individuale degli indicatori valutati.

OBIETTIVI ALLEGATI ALLE SCHEDE DI BUDGET

Come anticipato in introduzione, nel 2018 sono stati inseriti nella scheda di budget recante gli obiettivi di volumi di attività e di consumi anche obiettivi puntuali della specifica Unità Operativa. Dal 2019 tali obiettivi sono stati strutturati in una tabella con un sistema di pesi, in analogia al sistema più articolato presente in BSC.

Gli obiettivi puntuali sono divisi in tre aree principali:

- ribaltamento sulle Unità Operativa degli obiettivi assegnati da Regione Liguria alla Direzione Generale del Policlinico;
 - es.: definizione degli standard di risorse umane
 - corretta, completa e puntuale rendicontazione delle prestazioni
 - incremento delle prestazioni a CUP
 - riduzione dei parti con taglio cesareo
 - mantenimento dei volumi minimi di prestazioni complessive e specifiche per la mobilità passiva
 - attività all'interno dei DIAR per la riorganizzazione della somministrazione diretta di farmaci
- ripartizione degli obiettivi strategici aziendali tra le Unità Operative;
 - es.: incremento di utilizzo dei farmaci biosimilari
 - riduzione della degenza media
 - revisione del tariffario delle prestazioni intermedie

collaborazione ai processi di riorganizzazione logistica (nuovo DH oncoematologico, piastra unica dei laboratori)

- obiettivi di appropriatezza ed efficienza;

es.: assicurare la corretta presa in carico per disciplina del paziente in urgenza
implementazione di percorsi multidisciplinari in diverse aree cliniche
miglioramento del tasso di occupazione dei ppil e delle sale operatorie
ridistribuzione della casistica operatoria secondo volumi minimi di attività per operatore
riduzione dei DRG a rischio di inappropriatezza
rispetto dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni intermedie

Nelle tabelle dell'**allegato 4** sono riportate le schede con gli obiettivi puntuali di ogni unità operativa e i relativi pesi.

| distr.% responsabilità | | | | | | | | | punti |
|------------------------|------|--|------|---|------|------|--------|----------|-------|
| AREA | peso | OBIETTIVI | peso | INDICATORI | peso | dir. | coord. | prof.san | |
| RISORSE | 20 | MANTENIMENTO DEI COSTI ENTRO IL BUDGET ASSEGNATO | 40 | scostamento percentuale del consegnato in materiale sanitario dal budget assegnato | 90 | 70 | 20 | 10 | 7,2 |
| | | | | scostamento percentuale del consegnato in materiale economale dal budget assegnato | 10 | 20 | 60 | 20 | 0,8 |
| | | APPROPRIATEZZA ALLOCATIVA DELLE RISORSE UMANE | 30 | corrispondenza della matrice organizzativa con i volumi di prestazioni per singola attività | 50 | 100 | 0 | 0 | 3,0 |
| | | | | analisi congiunta della matrice organizzativa delle professioni sanitarie con la direzione | 50 | 0 | 100 | 0 | 3,0 |
| | | ADEGUATA FRUIZIONE DELLE FERIE | 10 | riduzione del monte ore ferie della dirigenza medica e sanitaria | 100 | 50 | 50 | 0 | 2,0 |
| | | CORRETTA GESTIONE DEL MONTE ORE | 20 | ore a debito fine anno procapite | 50 | 0 | 40 | 60 | 2,0 |
| | | | | ore a credito fine anno procapite | 50 | 0 | 40 | 60 | 2,0 |
| ATTIVITA' | 25 | MANTENIMENTO VOLUMI DI PRESTAZIONI | 25 | scostamento percentuale tra i punti DRG effettuati e quelli previsti a budget | 35 | 100 | 0 | 0 | 2,2 |
| | | | | scostamento percentuale tra le prestazioni effettuate e quelle previste a budget | 35 | 100 | 0 | 0 | 2,2 |
| | | | | numero di prestazioni per specifiche discipline | 30 | 100 | 0 | 0 | 1,9 |
| | | INCREMENTO APPROPRIATEZZA EPISODI DI RICOVERO | 25 | prevalenza percentuale di DH medici terapeutici nelle chirurgie | 50 | 100 | 0 | 0 | 3,1 |
| | | | | prevalenza percentuale di episodi di day surgery per le procedure di cui alle DGR 1222/2011 e 1528/2011 | 50 | 100 | 0 | 0 | 3,1 |

(Continua)

| distr.% responsabilità | | | | | | | | | punti |
|------------------------|------|---|---|---|------|------|--------|----------|-------|
| AREA | peso | OBIETTIVI | peso | INDICATORI | peso | dir. | coord. | prof.san | |
| ATTIVITA' | 25 | CONTENIMENTO DEI TEMPI DI DEGENZA | 20 | degenza media ricoveri ordinari per acuti >1gg | 50 | 100 | 0 | 0 | 2,5 |
| | | | | degenza media preoperatoria | 50 | 100 | 0 | 0 | 2,5 |
| | 10 | INCREMENTO APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI INTERMEDIE | costo standard per punto DRG in esami di laboratorio | 50 | 100 | 0 | 0 | 1,3 | |
| | | | costo standard per punto DRG in esami di diagnostica per immagini o strumentale | 50 | 100 | 0 | 0 | 1,3 | |
| | 20 | RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI INTERMEDIE | percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi previsti (la ripartizione delle responsabilità è differenziata tra consulenze/altre prestazioni) | 40 | 60 | 20 | 20 | 2,0 | |
| | | | percentuale di prestazioni refertate entro i tempi massimi previsti | 60 | 100 | 0 | 0 | 3,0 | |
| ORGANIZZAZIONE | 25 | CORRETTO UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE | 15 | percentuale di sedute iniziate entro le ore 8:00 | 100 | 70 | 20 | 10 | 3,8 |
| | | CORRETTO UTILIZZO DEI POSTI LETTO | 15 | aderenza al calendario di assegnazione ppll per l'urgenza da PS | 100 | 100 | 0 | 0 | 3,8 |
| | | CORRETTO UTILIZZO DEL FARMACO | 10 | percentuale di registrazioni dei farmaci eleggibili nei registri AIFA | 100 | 100 | 0 | 0 | 2,5 |

(Continua)

| distr.% responsabilità | | | | | | | | | punti |
|---|------|--|------|--|------|------|--------|----------|-------|
| AREA | peso | OBIETTIVI | peso | INDICATORI | peso | dir. | coord. | prof.san | |
| ORGANIZZAZIONE | 25 | CORRETTO UTILIZZO DEGLI AMBULATORI | 20 | percentuale di prestazioni prenotate tramite CUP | 40 | 100 | 0 | 0 | 2,0 |
| | | | | percentuale di certificazione corretta dell'accesso e dell'orario di esecuzione delle prestazioni | 30 | 80 | 10 | 10 | 1,5 |
| | | | | percentuale di copertura con attività del tempo di utilizzo dichiarato in matrice | 30 | 80 | 10 | 10 | 1,5 |
| | | RISPETTO DEGLI OBIETTIVI DI FORMAZIONE | 10 | % di adesione agli eventi formativi obbligatori | 100 | 100 | 0 | 0 | 2,5 |
| | | RISPETTO DEI TEMPI DI RENDICONTAZIONE DEI RICOVERI | 30 | percentuale di SDO correttamente compilate entro i termini previsti | 100 | 100 | 0 | 0 | 7,5 |
| QUALITA', SICUREZZA E CONTROLLO DEL RISCHIO | 20 | COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA | 10 | percentuale di interventi chirurgici completamente convalidati in tempo utile (entro 6 ore dall'uscita dal BO) | 100 | 70 | 0 | 30 | 2,0 |
| | | CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO | 25 | evidenza della check-list di autocontrollo aggiornata | 50 | 50 | 50 | 0 | 2,5 |
| | | | | percentuale letture bracciali sistema dose-unitaria | 15 | 0 | 20 | 80 | 0,8 |
| | | | | percentuale letture farmaco sistema dose-unitaria | 15 | 0 | 20 | 80 | 0,8 |
| | | | | percentuale conferme giornaliere sistema dose-unitaria | 20 | 100 | 0 | 0 | 1,0 |

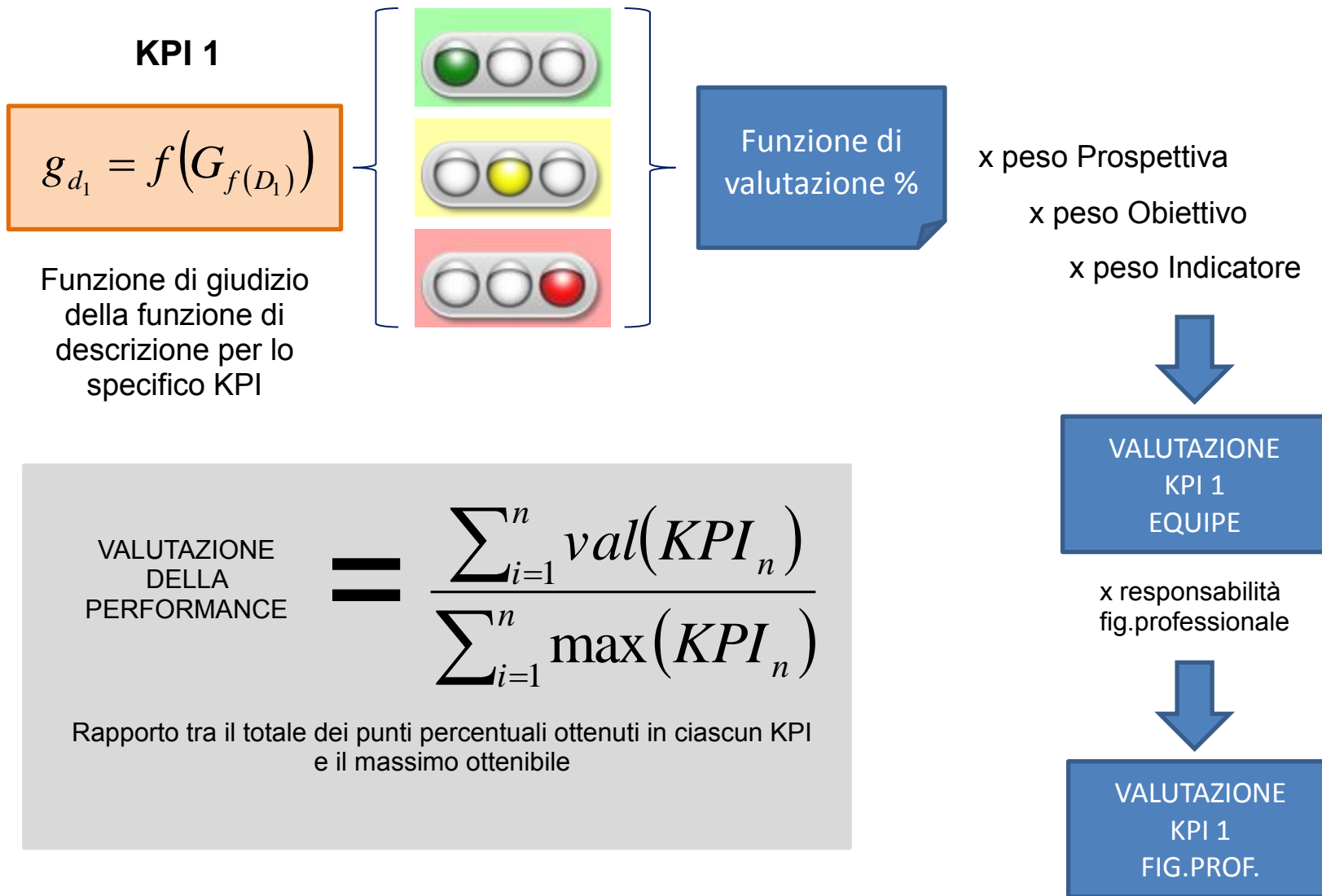
(Continua)

| AREA | peso | OBIETTIVI | peso | INDICATORI | peso | distr.% responsabilità | | | punti |
|---|------|---|------|---|------|------------------------|--------|----------|-------|
| | | | | | | dir. | coord. | prof.san | |
| QUALITA', SICUREZZA E CONTROLLO DEL RISCHIO | 20 | PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO | 15 | evidenza della check-list di autocontrollo aggiornata | 25 | 50 | 50 | 0 | 0,8 |
| | | | | evidenza di almeno 3 incontri dirigenti/preposti/lavoratori sul tema della sicurezza | 25 | 50 | 30 | 20 | 0,8 |
| | | | | evidenza del piano di evacuazione dell'Unità Operativa | 25 | 50 | 50 | 0 | 0,8 |
| | | | | evidenza della chiusura di eventuali non conformità sul sistema gestione sicurezza lavoro | 25 | 50 | 50 | 0 | 0,8 |
| | | PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO | 10 | percentuale di visite periodiche effettuate a scadenza | 100 | 50 | 50 | 0 | 2,0 |
| | | ASSICURAZIONE QUALITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI | 15 | percentuale errori sulle basi dati spedalità, registro di sala operatoria e lista di attesa (n.errori/n.record) | 100 | 50 | 40 | 10 | 3,0 |
| | | EFFICACIA DELLE PRESTAZIONI | 15 | percentuale di ricoveri ripetuti | 100 | 100 | 0 | 0 | 3,0 |
| | | CONTENIMENTO COMPLICANZE INTRAOSPEDALIERE | 10 | incidenza lesioni da decubito | 50 | 30 | 20 | 50 | 1,0 |
| incidenza cadute accidentali | 50 | | | 0 | 20 | 80 | 1,0 | | |
| RICERCA | 10 | APPROPRIATEZZA ALLOCATIVA DELLE RISORSE UMANE | 10 | trend triennale rapporto punti IFN/ numero ricercatori del team | 100 | 100 | 0 | 0 | 1,0 |
| | | QUALITA' DELLA PRODUZIONE SCIENTIFICA | 40 | numero di pubblicazioni con IF nel triennio dello specifico settore scientifico disciplinare | 50 | 60 | 20 | 20 | 2,0 |
| | | | | IF cumulativo nel triennio | 50 | 60 | 20 | 20 | 2,0 |

(Continua)

| distr.% responsabilità | | | | | | | | | punti |
|------------------------------------|--|---|---|--|------|------|--------|----------|-------|
| AREA | peso | OBIETTIVI | peso | INDICATORI | peso | dir. | coord. | prof.san | |
| RICERCA | 10 | MIGLIORAMENTO CAPACITA' DI ATTRAZIONE | 30 | trend triennale volume economico fondi finalizzati | 70 | 100 | 0 | 0 | 2,1 |
| | | | | trend triennale numero progetti finanziati con fondi finalizzati | 30 | 100 | 0 | 0 | 0,9 |
| | INCREMENTO SPERIMENTAZIONI CLINICHE SPONSORIZZATE | 20 | trend annuale sperimentazioni cliniche controllate | 35 | 100 | 0 | 0 | 0,7 | |
| | | | trend annuale numero pazienti arruolati in sperimentazioni | 35 | 60 | 20 | 20 | 0,7 | |
| | | | trend volume economico finanziamenti per sperimentazioni cliniche | 30 | 60 | 20 | 20 | 0,6 | |
| Totale punti a disposizione | | | | | | | | | 100 |

Allegato 3: schema valutazione complessiva BSC



| DIPCH DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA | | punti |
|--|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H1B S.S.DIP. CHIRURGIA GEN. AD INDIRIZZO ONCOLOGICO | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RIDISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA PER STRUTTURA, PER OPERATORE E PER BLOCCO OPERATORIO NEI RISPETTO DEI VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' | 15 |
| | RIDUZIONE DEL NUMERO DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN PERCENTUALE ALMENO PARI ALL'80% | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPSTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| Totale punti scheda di reparto | | 100 |
| H28 U.O. GASTROENTEROLOGIA AD INDIR. INTERVENTISTICO | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 15 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |

(Continua)

| DIPCH DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA | | punti |
|---|---|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| H28 U.O. GASTROENTEROLOGIA AD INDIR. INTERVENTISTICO | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | ESTENSIONE DELLE COMPETENZE NELLE TECNICHE DI ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA ALL'INTERNO DELL'EQUIPE | 20 |
| | ORIENTAMENTO DEI PAZIENTI CON INDICAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO SECONDO LE STRATEGIE AZIENDALI MEDIANTE LISTA DI ATTESA UNICA PER PATOLOGIA | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H2A S.S.DIP. CHIRURGIA EBP E DEI TRAPIANTI DI FEGATO | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 15 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | ALLOCAZIONE NEL SETTING APPROPRIATO DELL'ATTIVITA' DI SALA OPERATORIA IN ELEZIONE | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPCH DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA | | punti |
|--|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H51 U.O. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 15 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H73 U.O. CLINICA UROLOGICA | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |

(Continua)

| DIPCH DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA | | punti |
|---------------------------------------|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H73 U.O. CLINICA UROLOGICA | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI UROLOGICI DA PS NEI LETTI DI OBU CON UN INCREMENTO PARI AL 100% | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| T23 U.O. CHIRURGIA OSP. 1 | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 5 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RIDISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA PER STRUTTURA, PER OPERATORE E PER BLOCCO OPERATORIO NEI RISPETTO DEI VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' | 15 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | MIGLIORAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO (>75%) CON DEGENZA MEDIA TOTALE E PREOPERATORIA INVARIATA | 10 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 50% | 15 |
| | VERIFICA DEL GRADO DI ADESIONE AL PROTOCOLLO PER L'EFFETTUAZIONE DELLA TECNICA DEL LINFONODO SENTINELLA | 10 |
| Totale punti scheda di reparto | 100 | |

(Continua)

| DIPCH DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA | | punti |
|----------------------------------|--|------------|
| U46 U.O. CLINICA CHIRURGICA 2 | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 15 |
| | RIDISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA PER STRUTTURA, PER OPERATORE E PER BLOCCO OPERATORIO NEI RISPETTO DEI VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' | 15 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | RIDUZIONE DEL NUMERO DI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 70% | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U48 U.O. CLINICA CHIRURGICA 1 | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 5 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |

(Continua)

| DIPCH DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA | | punti |
|----------------------------------|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U48 U.O. CLINICA CHIRURGICA 1 | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RIDISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA PER STRUTTURA, PER OPERATORE E PER BLOCCO OPERATORIO NEI RISPETTO DEI VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | RIPORTARE LA DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA ENTRO IL VALORE MASSIMO DI 1 GIORNO | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U59 U.O. CLINICA ORTOPEDICA | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 5 |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE DELLA REGISTRAZIONE A CUP DI SECONDO LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI SECONDO ACCESSO | 5 |
| | MANTENIMENTO DEI LIVELLI MINIMI DI ATTIVITA' PER I DRG 225, 256, 503, 491, 497, 498, 544, 545 INDICATI IN ALLEGATO IN COLLABORAZIONE CON L'ORTOPEDIA OSPEDALIERA | 10 |

(Continua)

| DIPCH DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA | | punti |
|---|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U59 U.O. CLINICA ORTOPEDICA | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% CON RIDUZIONE DELLE SEDUTE A VOLUMI DI CASISTICA INVARIATA | 10 |
| | PROPORZIONE DI INTERVENTI PER FRATTURA FEMORE ENTRO 2 GIORNI PARI ALMENO AL 70% | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U67 U.O. CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 5 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 15 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE DELLA REGISTRAZIONE A CUP DI SECONDO LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI SECONDO ACCESSO | 5 |
| | CONTENIMENTO DELLA DEGENZA PREOPERATORIA IN MISURA INFERIORE AD 1 GIORNO | 5 |
| | ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI FAST-TRACK MULTIDISCIPLINARI RELATIVI A VERTIGINE, TIA E STATO CONFUSIONALE IN COLLABORAZIONE CON IL PRONTO SOCCORSO | 15 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 30% | 5 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

| DIPCV DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE | | punti |
|---|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H20 U.O. PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO INTERVENTISTICO | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | CREAZIONE DI UN PERCORSO NELL'AMBITO DEL DIAR PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLE TERAPIE ORALI IN UN CONTESTO DI RETE | 15 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 7% NEI CONFRONTI DEI PAZIENTI INVIATI AL DOMICILIO | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H2B S.S.DIP. CHIRURGIA DEL TRAPIANTO DI RENE | obiettivi | |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |

(Continua)

| DIPCV DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE | | punti |
|---|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H2B S.S.DIP. CHIRURGIA DEL TRAPIANTO DI RENE | RICONVERSIONE DEI RICOVERI BREVI IN ATTIVITA' AMBULATORIALE IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 50% | 35 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H50 U.O. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 15 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA PREOPERATORIA AD 1 GIORNO ATTRAVERSO L'APPLICAZIONE DI NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H53 U.O. CHIRURGIA TORACICA | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |

(Continua)

| DIPCV DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE | | punti |
|--|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H53 U.O. CHIRURGIA TORACICA | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| LA2 CARDIOLOGIA+CLINICA MALATTIE CARDIOVASCOLARI | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 10 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 20 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 20 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| Totale punti scheda di reparto | 100 | |

(Continua)

| DIPCV DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE | | punti |
|---|---|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U58 U.O. CARDIOCHIRURGIA | | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CONTENIMENTO DEI TASSI DI MORTALITA' DI BYPASS E VALVULOPLASTICHE ENTRO IL BENCHMARKING PNE | 15 |
| | MANTENIMENTO DEI LIVELLI MINIMI DI ATTIVITA' PER I DRG 104, 105 547, 548, 549, 550 SECONDO QUANTO INDICATO DA REGIONE LIGURIA | 10 |
| | RIDUZIONE DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI DA MICROORGANISMI ALERT IN CHIRURGIA | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

| DIPEA DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA) | | punti |
|--|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H00 U.O. MEDICINA EMERGENZA ED ACCETTAZIONE DI URGENZA | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | CONTENIMENTO DELL'INDICE DI DISPERSIONE NELLE PERCENTUALI DI RICOVERO TRA I DIVERSI MEDICI ENTRO IL 33% | 15 |
| | CORRETTA INDIVIDUAZIONE DEI PAZIENTI DA INVIARE AI REPARTI PER DISCIPLINA DI COMPETENZA | 10 |
| | ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI FAST-TRACK MULTIDISCIPLINARI RELATIVI A VERTIGINE, TIA E STATO CONFUSIONALE | 20 |
| | MANTENIMENTO DELLA PERCENTUALE DI PAZIENTI CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI > 70% | 15 |
| | MANTENIMENTO DELLA PERCENTUALE DI PAZIENTI CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA > 75% | 15 |
| | RIDUZIONE DEL NUMERO DI RICOVERI INAPPROPRIATI CON DEGENZA PARI A 0-1 GIORNO IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 35% | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H01 U.O. MEDICINA D'URGENZA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 25 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 7% | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPEA DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA) | | punti |
|---|---|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| H1W S.S.DIP. TRAUMA CENTER ED EMERGENZA CHIRURGICA | | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 15 |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H1Y S.S.DIP. AREA MEDICA CRITICA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | MONITORAGGIO DEI TEMPI DI TRASFERIMENTO DALL'AREA MEDICA CRITICA AL REPARTO FINALIZZATO ALLA RIDUZIONE DEGLI STESSI | 15 |
| | RIDUZIONE DEL NUMERO DI RICOVERI CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE A 3 GIORNI DEL 60% | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPEA DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA) | | punti |
|---|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H60 U.O. ORTOPEDIA E TRAUMAT. D'URGENZA | | |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 15 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 20 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | INTERVENTI PER FRATTURE DI FEMORE EFFETTUATI ENTRO 48 ORE IN MISURA ALMENO PARI AL 72% | 10 |
| | MANTENIMENTO DEI LIVELLI MINIMI DI ATTIVITA' PER I DRG 223, 225, 503, 544, 545 INDICATI IN ALLEGATO IN COLLABORAZIONE CON L'ORTOPEDIA UNIVERSITARIA | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| HAN U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE | obiettivi | |
| | CORRETTA GESTIONE DELLE SACCHE DI SANGUE UTILIZZATE IN SALA OPERATORIA | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | ADERENZA AL "PETALO INFEZIONI" DEL PROGETTO GIVITI PROSAFE | 5 |
| | MANTENIMENTO ED IMPLEMENTAZIONE DELL'ATTIVITA' IN AMBITO VULNOLOGICO | 10 |

(Continua)

| DIPEA DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA) | | punti |
|---|--|-------|
| reparto | obiettivi | |
| HAN U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE | PARTECIPAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI UN PERCORSO DI PREOSPEDALIZZAZIONE CENTRALIZZATO | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| HGS U.O. EMERGENZA TERRITORIALE (112&118) | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 25 |
| | COLLABORAZIONE ALLA COSTRUZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA' ATTRAVERSO L'ANALISI DEL FLUSSO EMUR | 25 |
| | MONITORAGGIO DELLE TEMPISTICHE NELLE PATOLOGIE TEMPO-DIPENDENTI: STEMI, ICTUS. | 25 |
| | OMOGENEIZZAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DEI PZ IN FUNZIONE DELL'AFFOLLAMENTO DEI SINGOLI DEA FATTA SALVA LA COMPETENZA SPECIFICA DI HUB | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| T20 U.O.TERAPIA ANTALGICA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 25 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 25 |
| | MONITORAGGIO DELL'USO DI MORFINA E FARMACI OPIOIDI | 25 |
| | RIORGANIZZAZIONE DELLA TERAPIA ANTALGICA CON MISSION NEI CONFRONTI DEI PAZIENTI RICOVERATI | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPEA DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA) | | punti |
|--|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U08 U.O. CLINICA DI MEDICINA D'URGENZA | | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 15 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 20% | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| UA1 U.O. CLINICA ANESTESIOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | ADERENZA AL "PETALO INFEZIONI" DEL PROGETTO GIVITI PROSAFE | 20 |
| | ELABORAZIONE DI PROTOCOLLI PER L'APPROPRIATO ACCESSO E DIMISSIONE DEI PZ IN NEURORIANIMAZIONE | 10 |
| | GARANTIRE UNA QUOTA DI DISPONIBILITA' DI LETTI PER IL POST-OPERATORIO PARI ALMENO AL 20% | 20 |
| | MONITORAGGIO DELL'IMPIEGO DI ALBUMINA ED EMODERIVATI AI FINI DI UNA RIDUZIONE DEI CONSUMI | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

| DIPGN DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA | | punti |
|--|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H1X S.S.DIP. DIAGNOSI PRENATALE E MEDICINA PRENATALE | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 25 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 25 |
| | COSTITUZIONE DI UN TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LA VALUTAZIONE PRECONCEZIONALE DEL RISCHIO RIPRODUTTIVO | 25 |
| | STANDARDIZZAZIONE DELLO STUDIO ECOGRAFICO DEI RITARDI DI CRESCITA INTRAUTERINA TARDIVI E DELLE GRAVIDANZE GEMELLARI | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H32 U.O. NEONATOLOGIA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 25 |
| | INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE CON LA STRUTTURA DI OSTETRICIA FINALIZZATA AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE CON ALMENO 10 INCONTRI NELL'ANNO | 20 |
| | PARTECIPAZIONE ALL'ELABORAZIONE DEL PERCORSO NASCITA INTEGRATO A LIVELLO REGIONALE | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | 15 |
| Totale punti scheda di reparto | 100 | |

(Continua)

| DIPGN DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA | | punti |
|---|--|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| T28 U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA | | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 5 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 5 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | 5 |
| | INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE CON LA STRUTTURA DI NEONATOLOGIA FINALIZZATA AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE CON ALMENO 10 INCONTRI NELL'ANNO | 5 |
| | PREDISPOSIZIONE DI UN PROTOCOLLO PER L'ACCESSO ALLA CHIRURGIA ROBOTICA MEDIANTE CRITERI DI APPROPRIATEZZA CLINICA | 5 |
| | PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO ENTRO IL 25% | 15 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN MISURA UGUALE O SUPERIORE AL 70% | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | RISPETTO DELLE BUONE PRATICHE NELL'EMORRAGIA POST-PARTUM: MONITORAGGIO DEGLI EVENTI ED ATTIVAZIONE DI UN PROCESSO DI AUDIT | 5 |
| Totale punti scheda di reparto | 100 | |

(Continua)

| DIPGN DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA | | punti |
|---|--|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U70 U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA | | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 5 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | 5 |
| | INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE CON LA STRUTTURA DI NEONATOLOGIA FINALIZZATA AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE CON ALMENO 10 INCONTRI NELL'ANNO | 5 |
| | PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO ENTRO IL 25% | 15 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN MISURA UGUALE O SUPERIORE AL 70% | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | RISPETTO DELLE BUONE PRATICHE NELL'EMORRAGIA POST-PARTUM: MONITORAGGIO DEGLI EVENTI ED ATTIVAZIONE DI UN PROCESSO DI AUDIT | 5 |
| Totale punti scheda di reparto | 100 | |

| DIPIT DIPART DI MEDICINA INTEGR CON IL TERRITORIO | | punti |
|---|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H1T S.S.DIP. CURE INTERMEDIE OSPED. E REP. DETENUTI | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 20 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 7% | 15 |
| | RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI DRG "LEA" INAPPROPRIATI | 10 |
| | RIDUZIONE IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 50% DEI RICOVERI URGENTI (PROVENIENTI DA PS) | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H91 U.O. ALLERGOLOGIA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 20 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 20 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 20 |
| | CONCENTRAZIONE DELL'ATTIVITA' SUI PAZIENTI INTERNI DEL POLICLINICO E SUGLI AMBITI NOSOLOGICI DELLA DISCIPLINA DI MAGGIOR COMPLESSITA' | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPIT DIPART DI MEDICINA INTEGR CON IL TERRITORIO | | punti |
|--|---|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| HCI U.O. CURE INTERMEDIE | | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 15 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | RIDUZIONE IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 50% DEI RICOVERI URGENTI (PROVENIENTI DA PS) | 20 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 7% | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| T1C S.S.DIP. HOSPICE | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 25 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 25 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 25 |
| | FACILITAZIONE DELL'ACCESSO IN HOSPICE DA PS E DA MEDICINA D'URGENZA | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPIT DIPART DI MEDICINA INTEGR CON IL TERRITORIO | | punti |
|---|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U15 U.O. CLINICA DIABETOLOGICA | | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 20 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | COSTRUZIONE DI UN PERCORSO CHE CONSENTA L'OFFERTA ATTIVA DELLA GESTIONE DEL PZ DIABETICO RICOVERATO | 20 |
| | INTEGRAZIONE CON LE ALTRE UNITA' OPERATIVE DEL POLICLINICO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO A MAGGIORE COMPLESSITA' | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE ALMENO PARI ALL'80% DELLE RICHIESTE | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U25 U.O. CLINICA NEFROLOGICA, DIALISI E TRAPIANTO | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 15 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI STRATIFICAZIONE DEI PAZIENTI AI FINI DI UNA CORRETTA ALLOCAZIONE NEI DUE SETTING ASSISTENZIALI | 10 |
| | ORIENTARE VERSO IL TERRITORIO LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN REGIME AMBULATORIALE IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 70% | 15 |

(Continua)

| DIPIT DIPART DI MEDICINA INTEGR CON IL TERRITORIO | | punti |
|--|--|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U25 U.O. CLINICA NEFROLOGICA, DIALISI E TRAPIANTO | REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI ATTIVAZIONE DELL'EMODIALISI NELLA NUOVA SEDE DEL MARAGLIANO | |
| | RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI RICOVERI RIPETUTI ENTRO IL 6% | 15 5 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

| DIPLA DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO | | punti |
|---|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H75 U.O. MEDICINA DI LABORATORIO | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | COSTRUZIONE DI UN PERCORSO CHE CONSENTA L'OFFERTA ATTIVA DELLA GESTIONE DEL PZ DIABETICO RICOVERATO | 10 |
| | COSTRUZIONE DI UN PERCORSO DI MONITORAGGIO E MIGLIORAMENTO DEGLI ESAMI RICHIESTI IN URGENZA | 10 |
| | PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DEL TRASFERIMENTO DELLE ATTIVITA' DIAGNOSTICHE PRESSO IL NUOVO EDIFICIO DEI LABORATORI | 25 |
| | REALIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI UN LABORATORIO SATELLITE PRESSO IL DH ONCOEMATOLOGICO FINALIZZATO ALLA GESTIONE IN LOCO DEL PAZIENTE | 25 |
| | REVISIONE DEL TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER INTERNI E COLLABORAZIONE ALLA STESURA DEL NUOVO NOMENCLATORE REGIONALE | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H77 U.O. ANATOMIA PATOLOGICA OSPEDALIERA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | REVISIONE DEL TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER INTERNI E COLLABORAZIONE ALLA STESURA DEL NUOVO NOMENCLATORE REGIONALE | 20 |
| | ATTIVAZIONE DI UN GRUPPO PER LA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA ED IMPATTO ECONOMICO DELLE NUOVE TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE | 20 |
| | COMPLETAMENTO DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA DIAGNOSTICA MOLECOLARE E CITOFUORIMETRICA | 10 |
| | INDIVIDUAZIONE DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SECONDO CRITERI EBM E RISPETTO DEI TEMPI SUDETTI IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 25 |
| | PROGETTAZIONE E COORDINAMENTO DEL TRASFERIMENTO DELLE ATTIVITA' DIAGNOSTICHE PRESSO IL NUOVO EDIFICIO DEI LABORATORI | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPLA DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO | | punti |
|---|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H78 U.O. MEDICINA TRASFUSIONALE | | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE DI BUONE PRATICHE PER IL CORRETTO ED APPROPRIATO UTILIZZO DEL SANGUE | 20 |
| | OTTIMIZZAZIONE DEL PROCESSO PRODUTTIVO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI ASPETTI DELLA SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO IN RELAZIONE AL TRASFERIMENTO DI SEDE | 35 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLA FORNITURA DELLE SACCHE DI SANGUE RICHIESTE DAL DH ONCOEMATOLOGICO ENTRO 2 ORE IN UNA PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U1G U.O.S. MICROBIOLOGIA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DEL TRASFERIMENTO DELLE ATTIVITA' DIAGNOSTICHE PRESSO IL NUOVO EDIFICIO DEI LABORATORI | 30 |
| | REVISIONE DEL TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER INTERNI E COLLABORAZIONE ALLA STESURA DEL NUOVO NOMENCLATORE REGIONALE | 10 |
| | ANALISI DEL PROCESSO PRODUTTIVO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI ASPETTI DEL RISCHIO CON ALMENO DUE AUDIT ANNUALI | 15 |
| | COSTRUZIONE E DIFFUSIONE DI UN PROTOCOLLO PER LA CORRETTA ESECUZIONE ED INVIO DEI CAMPIONI PER EMOCOLTURA; MONITORAGGIO DEI RISULTATI | 10 |
| | EFFICIENTAMENTO DEI PERCORSI DELLA DIAGNOSTICA MICROBIOLOGICA CON MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI RISPOSTA IN MISURA PARI ALMENO AL 5% | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPLA DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO | | punti |
|---|---|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| UIR S.S. DIP. LABORATORIO DIAGNOSTICO DI AUTOIMMUNOLOG | | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 25 |
| | PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DEL TRASFERIMENTO DELLE ATTIVITA' DIAGNOSTICHE PRESSO IL NUOVO EDIFICIO DEI LABORATORI | 15 |
| | REVISIONE DEL TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER INTERNI E COLLABORAZIONE ALLA STESURA DEL NUOVO NOMENCLATORE REGIONALE | 30 |
| | IN ATTESA DELL'AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE REGIONALE AGGIORNAMENTO IN TEMPI BREVI DEL NOMENCLATORE AZIENDALE CON I NUOVI TEST ADEGUATAMENTE VALORIZZATI | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U77 U.O. ANATOMIA PATOLOGICA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | REVISIONE DEL TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER INTERNI E COLLABORAZIONE ALLA STESURA DEL NUOVO NOMENCLATORE REGIONALE | 20 |
| | ATTIVAZIONE DI UN GRUPPO PER LA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA ED IMPATTO ECONOMICO DELLE NUOVE TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE | 20 |
| | COMPLETAMENTO DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA DIAGNOSTICA MOLECOLARE E CITOFLUORIMETRICA | 10 |
| | INDIVIDUAZIONE DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SECONDO CRITERI EBM E RISPETTO DEI TEMPI SUDETTI IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 25 |
| | PROGETTAZIONE E COORDINAMENTO DEL TRASFERIMENTO DELLE ATTIVITA' DIAGNOSTICHE PRESSO IL NUOVO EDIFICIO DEI LABORATORI | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPLA DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO | | punti |
|--|---|--------------|
| Reparto GENETICA MEDICA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 35 |
| | REVISIONE DEL TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER INTERNI E COLLABORAZIONE ALLA STESURA DEL NUOVO NOMENCLATORE REGIONALE | 35 |
| | IMPLEMENTARE L'OFFERTA DI PRESTAZIONI PER ESTERNI | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

| DIPMI DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA | | punti |
|---|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H1G S.S.DIP. FONIATRIA | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 20 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 20 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 20 |
| | CONCENTRAZIONE DELL'ATTIVITA' SUI PAZIENTI AMBULATORIALI ANCHE IN FOLLOW-UP SU PREGRESSO RICOVERO | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H1N S.S.DIP. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | CONCENTRAZIONE DELLA MISSION SUI PZ NEOPLASTICI, BARIATRICI | 15 |
| | INTEGRAZIONE CON LE STRUTTURE AZIENDALI DEDICATE AL PAZIENTE ANORESSICO FINALIZZATA ALLA STESURA DI UN PROTOCOLLO DI PRESA IN CARICO | 15 |
| | INTEGRAZIONE CON LE STRUTTURE AZIENDALI DEDICATE AL PAZIENTE BARIATRICO FINALIZZATA ALLA STESURA DI UN PROTOCOLLO DI PRESA IN CARICO | 15 |
| | MANTENIMENTO DEI VOLUMI DI ATTIVITA' NELLA CURA DELLE DISLIPIDEMIE | 10 |
| Totale punti scheda di reparto | 100 | |

(Continua)

| DIPMI DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA | | punti |
|---|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U02 U.O. CLINICA DI MED. INTERNA 1 | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 7% | 10 |
| | ISTITUZIONE DI UN PERCORSO PER LA SORVEGLIANZA DELLA MALATTIA TROMBOEMBOLICA | 10 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN MISURA PARI ALMENO AL 50% | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| | U05 U.O. CLINICA DI MED.INTERNA 3 | obiettivi |
| CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | | 10 |
| EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | | 10 |
| IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | | 5 |
| ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | | 10 |

(Continua)

| DIPMI DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA | | punti |
|--|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U05 U.O. CLINICA DI MED.INTERNA 3 | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 7% | 10 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN MISURA PARI ALMENO AL 50% | 10 |
| | IMPLEMENTARE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RETTALE ENTRO LE 24 ORE DALL'AMMISSIONE IN REPARTO | 10 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI NELLA MISURA DEL 100% SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE IN DISTRIBUZIONE DIRETTA | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U06 U.O. CLINICA DI MED. INTERNA 2 | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 7% | 5 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN MISURA PARI ALMENO AL 50% | 10 |

(Continua)

| DIPMI DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA | | punti |
|--|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U06 U.O. CLINICA DI MED. INTERNA 2 | IMPLEMENTARE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RETTALE ENTRO LE 24 ORE DALL'AMMISSIONE IN REPARTO | 10 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI NELLA MISURA DEL 100% SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE IN DISTRIBUZIONE DIRETTA | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U07 U.O. CLINICA MED. INT. IMMUNOL. CLIN. E MED. TRASL | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 7% | 10 |
| | IMPLEMENTARE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RETTALE ENTRO LE 24 ORE DALL'AMMISSIONE IN REPARTO | 10 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI NELLA MISURA DEL 100% SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE IN DISTRIBUZIONE DIRETTA | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPMI DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA | | punti |
|---|--|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U11 U.O. CLINICA GERIATRICA | | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 15 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 15 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 20% | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

| DIPMS DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA | | punti |
|--|---|-------|
| reparto | obiettivi | |
| U01 U.O. CL.DI MED.INTERNA AD IND.ONCOLOGICO | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 5 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 7% | 5 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN MISURA PARI ALMENO AL 50% | 5 |
| | ASSICURARE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RETTALE ENTRO LE 24 ORE DALL'AMMISSIONE IN REPARTO IN MISURA SUPERIORE AL VALORE DEL PRIMO SEMESTRE 2018 | 5 |
| | COLLABORAZIONE ALLA COSTITUZIONE DI UN SISTEMA DI INDICATORI SOSTENIBILI PER LA VALUTAZIONE DEI PRINCIPALI PDTA | 5 |
| | RIALLOCAZIONE PER COMPETENZA TERRITORIALE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA DI FARMACI PER USO DOMICILIARE | 5 |
| | RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI RICOVERI RIPETUTI IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 50% | 10 |
| Totale punti scheda di reparto | 100 | |

(Continua)

| DIPMS DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA | | punti |
|---|--|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U12 U.O. CLINICA REUMATOLOGIA | | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | RIDUZIONE DEI DH DIAGNOSTICI IN MISURA ALMENO PARI AL 70% | 20 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI IN PERCENTUALE PARI AL 100% | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U14 U.O. CLINICA ENDOCRINOLOGICA | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 15 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |

(Continua)

| DIPMS DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA | | punti |
|---|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U14 U.O. CLINICA ENDOCRINOLOGICA | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 7% | 10 |
| | ISTITUZIONE DI UN PERCORSO MULTIDISCIPLINARE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA TIROIDEA | 15 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN MISURA ALMENO PARI AL 50% | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U16 U.O. CLINICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 15 |
| | RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA PER HIV IN MISURA PARI ALMENO AL 10% | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U18 U.O. CLINICA DERMATOLOGICA | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 15 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |

(Continua)

| DIPMS DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA | | punti |
|---|--|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U18 U.O. CLINICA DERMATOLOGICA | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE ALMENO PARI AL 7% | 10 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI IN PERCENTUALE PARI AL 100% COMPRESIVA DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U1B U.O.S. FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 25 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 25 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 25 |
| | MANTENIMENTO DEI VOLUMI DI ATTIVITA' E DEL CASE-MIX | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U20 UO. CLINICA MALATTIE RESPIRATORIE E ALLERGOLOGIA | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 15 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 7% | 10 |
| RIALLOCAZIONE PER COMPETENZA TERRITORIALE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA DI FARMACI PER USO DOMICILIARE | 15 | |

(Continua)

| DIPMS DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA | | punti |
|---|--|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U20 UO. CLINICA MALATTIE RESPIRATORIE E ALLERGOLOGIA | RIDUZIONE DEI RICOVERI RIPETUTI ENTRO UN MASSIMO DEL 4,5% | 10 |
| | TRASFORMAZIONE DEI DH DIAGNOSTICI IN DAY SERVICE AMBULATORIALI | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U28 U.O. CLIN.GASTROENTEROLOGICA | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 5 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 7% | 10 |
| | RIALLOCAZIONE PER COMPETENZA TERRITORIALE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA DI FARMACI PER USO DOMICILIARE | 20 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI IN PERCENTUALE PARI AL 100% COMPRESIVA DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA | 20 |
| | RIDUZIONE DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI IN MISURA UGUALE O SUPERIORE AL 50% | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U3G U.O.S. PROGR.MAL.INF.DELL'OSPITE IMMUNOCOMPROMESSO | obiettivi | |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 50 |
| | PARZIALE TRASFERIMENTO SUL TERRITORIO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI PER L'EPATITE B | 50 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

| DIPNS DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE | | punti |
|------------------------------------|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| E01 U.O. S.P.D.C. | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 15 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 15 |
| | VERIFICA DEL FENOMENO DEI RICOVERI RIPETUTI AL FINE DI UNA RIDUZIONE DEL DATO PERCENTUALE IN COLLABORAZIONE CON IL DIAR | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H26 U.O. NEUROLOGIA | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI FAST-TRACK MULTIDISCIPLINARI RELATIVI A VERTIGINE, TIA E STATO CONFUSIONALE IN COLLABORAZIONE CON IL PRONTO SOCCORSO | 10 |

(Continua)

| DIPNS DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE | | punti |
|--------------------------------------|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H26 U.O. NEUROLOGIA | CREAZIONE DI UN PERCORSO NELL'AMBITO DEL DIAR PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLE IMMUNOGLOBULINE IN UN CONTESTO DI RETE | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE ATTIVITA' FINALIZZATO ALLA PRESA IN CARICO DEL PZ CON STROKE NEI GIORNI FERIALE | 10 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 10% RELATIVAMENTE ALLE DIMISSIONI AL DOMICILIO | 10 |
| | VERIFICA DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI AL FINE DI UNA RIDUZIONE DEL DATO PERCENTUALE | 5 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H33 U.O. RIABILITAZ. E RIEDUCAZ.FUNZ | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 20 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H64 U.O. OCULISTICA | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |

(Continua)

| DIPNS DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE | | punti |
|------------------------------------|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H64 U.O. OCULISTICA | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DI FAST-TRACK PER PATOLOGIE OCULARI DA PS | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE DI UN PROGETTO CHE PREVEDA LA SOSTITUZIONE DELLA GUARDIA ATTIVA NOTTURNA CON LA PRONTA DISPONIBILITA' FINALIZZATA AL RECUPERO DELLE RISORSE UMANE | 15 |
| | UTILIZZO DI BEVACIZUMAB (AVASTIN) INTRAOCULARE ALMENO NEL 90% DEI CASI SECONDO LE INDICAZIONI DELLA LEGGE 648 IN ACCORDO CON IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE SPECIFICO | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H87 U.O. NEUROFISIOPATOLOGIA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 25 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 25 |
| | MANTENIMENTO DEI VOLUMI DI ATTIVITA' E DEL CASE-MIX | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U26 U.O. CLINICA NEUROLOGICA | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 5 |

(Continua)

| DIPNS DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE | | punti |
|---|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U26 U.O. CLINICA NEUROLOGICA | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI FAST-TRACK MULTIDISCIPLINARI RELATIVI A VERTIGINE, TIA E STATO CONFUSIONALE IN COLLABORAZIONE CON IL PRONTO SOCCORSO | 10 |
| | CREAZIONE DI UN PERCORSO NELL'AMBITO DEL DIAR PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLE IMMUNOGLOBULINE IN UN CONTESTO DI RETE | 5 |
| | IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE ATTIVITA' FINALIZZATO ALLA PRESA IN CARICO DEL PZ CON STROKE NEI GIORNI FERIALI | 10 |
| | RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA IN PERCENTUALE PARI ALMENO AL 10% RELATIVAMENTE ALLE DIMISSIONI AL DOMICILIO | 10 |
| | VERIFICA DEI DRG "LEA" INAPPROPRIATI AL FINE DI UNA RIDUZIONE DEL DATO PERCENTUALE | 5 |
| | RECUPERO DI DISPONIBILITA' PER IL PS DALLA RIDUZIONE DEI RICOVERI INAPPROPRIATI | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U29 U.O. CLINICA PSICHIATRICA E SPDC | obiettivi | |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 25 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 20 |
| | VERIFICA DEL FENOMENO DEI RICOVERI RIPETUTI AL FINE DI UNA RIDUZIONE DEL DATO PERCENTUALE IN COLLABORAZIONE CON IL DIAR | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPNS DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE | | punti |
|--|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U57 U.O. CLINICA NEUROCHIRURGICA E NEUROTRAUMATOLOGICA | | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 5 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST-RICOVERO | 5 |
| | RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA SULLA BASE DELLE INDICAZIONI PROVENIENTI DA ALISA | 10 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U64 U.O. CLINICA OCULISTICA | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |

(Continua)

| DIPNS DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE | | punti |
|---|---|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U64 U.O. CLINICA OCULISTICA | IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DI FAST-TRACK PER PATOLOGIE OCULARI DA PS | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE DI UN PROGETTO CHE PREVEDA LA SOSTITUZIONE DELLA GUARDIA ATTIVA NOTTURNA CON LA PRONTA DISPONIBILITA' FINALIZZATA AL RECUPERO DELLE RISORSE UMANE | 15 |
| | UTILIZZO DI BEVACIZUMAB (AVASTIN) INTRAOCULARE ALMENO NEL 90% DEI CASI SECONDO LE INDICAZIONI DELLA LEGGE 648 IN ACCORDO CON IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE SPECIFICO | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

| DIPOE DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA | | punti |
|---|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H04 U.O. ONCOLOGIA MEDICA 1 | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 5 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 5 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CREAZIONE DI UN PERCORSO NELL'AMBITO DEL DIAR PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLE TERAPIE ORALI IN UN CONTESTO DI RETE | 10 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI IN PERCENTUALE PARI AL 100% COMPRESIVA DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA | 15 |
| | ASSICURARE LA CONTESTUALITA' DELLA RICHIESTA AIFA E DELLA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA NEL 100% DEI CASI | 15 |
| | REALIZZAZIONE DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL DH ONCOEMATOLOGICO | 25 |
| Totale punti scheda di reparto | | 100 |
| H23 U.O. EMATOLOGIA 1 | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 5 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |

(Continua)

| DIPOE DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA | | punti |
|---|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H23 U.O. EMATOLOGIA 1 | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 5 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI IN PERCENTUALE PARI AL 100% COMPENSIVA DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA | 15 |
| | ASSICURARE LA CONTESTUALITA' DELLA RICHIESTA AIFA E DELLA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA NEL 100% DEI CASI | 15 |
| | REALIZZAZIONE DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL DH ONCOEMATOLOGICO | 5 |
| | PERSEGUIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE JACIE FACT | 25 |
| | STANDARDIZZAZIONE ED OMOGENEIZZAZIONE DEI TRATTAMENTI ALMENO PER LE PREMEDICAZIONI E LA TERAPIA DELLA LEUCEMIA ACUTA MIELOBLASTICA | 5 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H24 U.O. EMATOLOGIA 2 | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 5 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 5 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 5 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI IN PERCENTUALE PARI AL 100% COMPENSIVA DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA | 15 |
| | ASSICURARE LA CONTESTUALITA' DELLA RICHIESTA AIFA E DELLA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA NEL 100% DEI CASI | 15 |
| | REALIZZAZIONE DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL DH ONCOEMATOLOGICO | 5 |
| | PERSEGUIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE JACIE FACT | 25 |
| | STANDARDIZZAZIONE ED OMOGENEIZZAZIONE DEI TRATTAMENTI ALMENO PER LE PREMEDICAZIONI E LA TERAPIA DELLA LEUCEMIA ACUTA MIELOBLASTICA | 5 |
| Totale punti scheda di reparto | 100 | |

(Continua)

| DIPOE DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA | | punti |
|---|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| T16 U.O. ONCOLOGIA MEDICA 2 | | |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 15 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | CREAZIONE DI UN PERCORSO NELL'AMBITO DEL DIAR PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLE TERAPIE ORALI IN UN CONTESTO DI RETE | 10 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI IN PERCENTUALE PARI AL 100% COMPRESIVA DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA | 10 |
| | ASSICURARE LA CONTESTUALITA' DELLA RICHIESTA AIFA E DELLA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA NEL 100% DEI CASI | 20 |
| Totale punti scheda di reparto | | 100 |
| T18 U.O. CLINICA DI ONCOLOGIA MEDICA | obiettivi | |
| | CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 10 |

(Continua)

| DIPOE DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA | | punti |
|--|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| T18 U.O. CLINICA DI ONCOLOGIA MEDICA | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | CREAZIONE DI UN PERCORSO NELL'AMBITO DEL DIAR PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLE TERAPIE ORALI IN UN CONTESTO DI RETE | 10 |
| | ASSICURARE LA CONTESTUALITA' DELLA RICHIESTA AIFA E DELLA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA NEL 100% DEI CASI | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| T27 U.O. CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA | obiettivi | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 10 |
| | RISPETTO DELLA TEMPISTICA CORRETTA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO ALMENO NEL 30% DEI CASI | 10 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 25 |
| | MIGLIORAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO (>75%) CON RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA TOTALE E PREOPERATORIA INVARIATA | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPOE DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA | | punti |
|---|---|------------|
| reparto | obiettivi | |
| U1N S.S. DIP. GENETICA DEI TUMORI RARI | | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 30 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 10 |
| | COMPLETAMENTO DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA DIAGNOSTICA MOLECOLARE, CITOFUORIMETRICA E CITOGENETICA | 30 |
| | INTEGRAZIONE IN UN'UNICA STRUTTURA DELL'ATTIVITA' CLINICA E DI LABORATORIO DELLA GENETICA DEI TUMORI | 30 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| U23 U.O. CLINICA EMATOLOGICA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | ASSICURARE LA CORRETTA PRESA IN CARICO PER DISCIPLINA ENTRO 24 ORE SIA DA PS CHE DAGLI ALTRI REPARTI DEL POLICLINICO CON MIGLIORAMENTO PROGRESSIVO PARI ALMENO AL 10% | 10 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 5 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 10 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | 5 |
| | UTILIZZO DEI FARMACI BIOSIMILARI IN PERCENTUALE PARI AL 100% COMPRESIVA DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA | 10 |
| | ASSICURARE LA CONTESTUALITA' DELLA RICHIESTA AIFA E DELLA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA NEL 100% DEI CASI | 15 |
| | REALIZZAZIONE DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL DH ONCOEMATOLOGICO | 10 |
| | STANDARDIZZAZIONE ED OMOGENEIZZAZIONE DEI TRATTAMENTI ALMENO PER LE PREMEDICAZIONI E LA TERAPIA DELLA LEUCEMIA ACUTA MIELOBLASTICA | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPOE DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA | | punti |
|--|---|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U43 U.O. CLINICA DI CHIRURGIA SENOLOGICA | | |
| | CHIUSURA DEL REFERTO OPERATORIO ENTRO 6 ORE DAL TERMINE DELLA PROCEDURA | 10 |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 10 |
| | IMPLEMENTAZIONE REGISTRAZIONE CUP II LIVELLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI II ACCESSO | 5 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 15 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 5 |
| | MIGLIORAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO (>75%) CON DEGENZA MEDIA TOTALE E PREOPERATORIA INVARIATA | 15 |
| | VERIFICA DEL GRADO DI ADESIONE AL PROTOCOLLO PER L'EFFETTUAZIONE DELLA TECNICA DEL LINFONODO SENTINELLA | 10 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | RISPETTO DELLE SOGLIE MINIME DI ATTIVITA' PER CHIRURGO E PER STRUTTURA | 15 |
| Totale punti scheda di reparto | | 100 |

| DIPRA DIPART DELLA DIAGN PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA | | punti |
|--|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H1V S.S.DIP. RADIOLOGIA GENERALE | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 25 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 25 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 25 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H81 U.O. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 20 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 20 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 20 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H82 U.O. RADIOLOGIA DI EMERGENZA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 20 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 20 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | 20 |

(Continua)

| DIPRA DIPART DELLA DIAGN PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA | | punti |
|--|--|------------|
| reparto | obiettivi | |
| H82 U.O. RADIOLOGIA DI EMERGENZA | VALUTAZIONE DELLA TEMPSTICA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI ESAMI ECOGRAFICI | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| H84 U.O. NEURORADIOLOGIA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: OCCUPAZIONE E RISPETTO DELL'ORARIO DI INIZIO E FINE SEDUTA PARI ALMENO AL 90% | 20 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 15 |
| | RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | 15 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| HFS U.O. FISICA SANITARIA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 20 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 20 |
| | COLLABORAZIONE AL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI | 20 |
| | CONSOLIDAMENTO DEL PERCORSO DI DEMATERIALIZZAZIONE DEI CONTROLLI DI QUALITA' E DEI DOCUMENTI DI RADIOPROTEZIONE | 20 |
| | VERIFICA DEI SOGGETTI AUTORIZZATI ALL'ACCESSO DELLE SALE DI RISONANZA MAGNETICA CON PARTICOLARE RIGUARDO ALL'APPARECCHIO "3 TESLA" | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |

(Continua)

| DIPRA DIPART DELLA DIAGN PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA | | punti |
|--|--|------------|
| T07 U.O. SENOLOGIA DIAGNOSTICA | obiettivi | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 15 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 15 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 20 |
| | CREAZIONE DI UN PERCORSO INTEGRATO CON LA CHIRURGIA SENOLOGICA PER IL FOLLOW-UP DELLE PAZIENTI OPERATE | 20 |
| | MANTENIMENTO DEI VOLUMI DI ATTIVITA' | 10 |
| | REVISIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO DELLA MAMMELLA AI FINI DI RESTRINGERE IL TEMPO COMPLESSIVO DA PRIMO ACCERTAMENTO A SECONDO STEP | 20 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |
| | T21 U.O. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA | obiettivi |
| CORRETTA REGISTRAZIONE SULL'APPLICATIVO AZIENDALE DEI CASI CLINICI DISCUSSI NELL'AMBITO DEI DMT | | 20 |
| EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | | 20 |
| COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | | 15 |
| CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | | 25 |
| RISPETTO DEL REGOLAMENTO REGIONALE IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI POST RICOVERO | | 20 |
| Totale punti scheda di reparto | | 100 |

(Continua)

| DIPRA DIPART DELLA DIAGN PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA | | punti |
|---|---|--------------|
| reparto | obiettivi | |
| U85 U.O. MEDICINA NUCLEARE | | |
| | EFFETTUAZIONE DI ALMENO DUE INCONTRI L'ANNO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA IN MATERIALE SANITARIO PER ASSICURARE IL RISPETTO DEL BUDGET ECONOMICO ASSEGNATO | 20 |
| | COLLABORAZIONE AD UN PERCORSO INTEGRATO PER LA CORRETTA RICHIESTA E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI DI RICERCA | 20 |
| | RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTERMEDIE IN PERCENTUALE PARI ALMENO ALL'80% DELLE RICHIESTE | 15 |
| | VERIFICA DEL GRADO DI ADESIONE AL PROTOCOLLO PER L'EFFETTUAZIONE DELLA TECNICA DEL LINFONODO SENTINELLA | 20 |
| | CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SDO E CARTELLA CLINICA) ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA DIMISSIONE | 25 |
| | Totale punti scheda di reparto | 100 |