

## LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La valutazione della performance organizzativa si basa sulla balanced scorecard aziendale (BSC) nelle cui prospettive sono riportati in primis gli obiettivi assegnati all'Azienda da Regione Liguria.

### 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.

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	percentuale di ferie non godute sul totale dell'anno	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)

distr.% responsabilità									punti
AREA	peso	OBIETTIVI	peso	INDICATORI	peso	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	
<b>Totale punti a disposizione</b>									100



Allegato 3: schema valutazione complessiva BSC

