

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).

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 alla 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 Accreditamento, 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. **(allegati 1a e 1b)**

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 basati, 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.

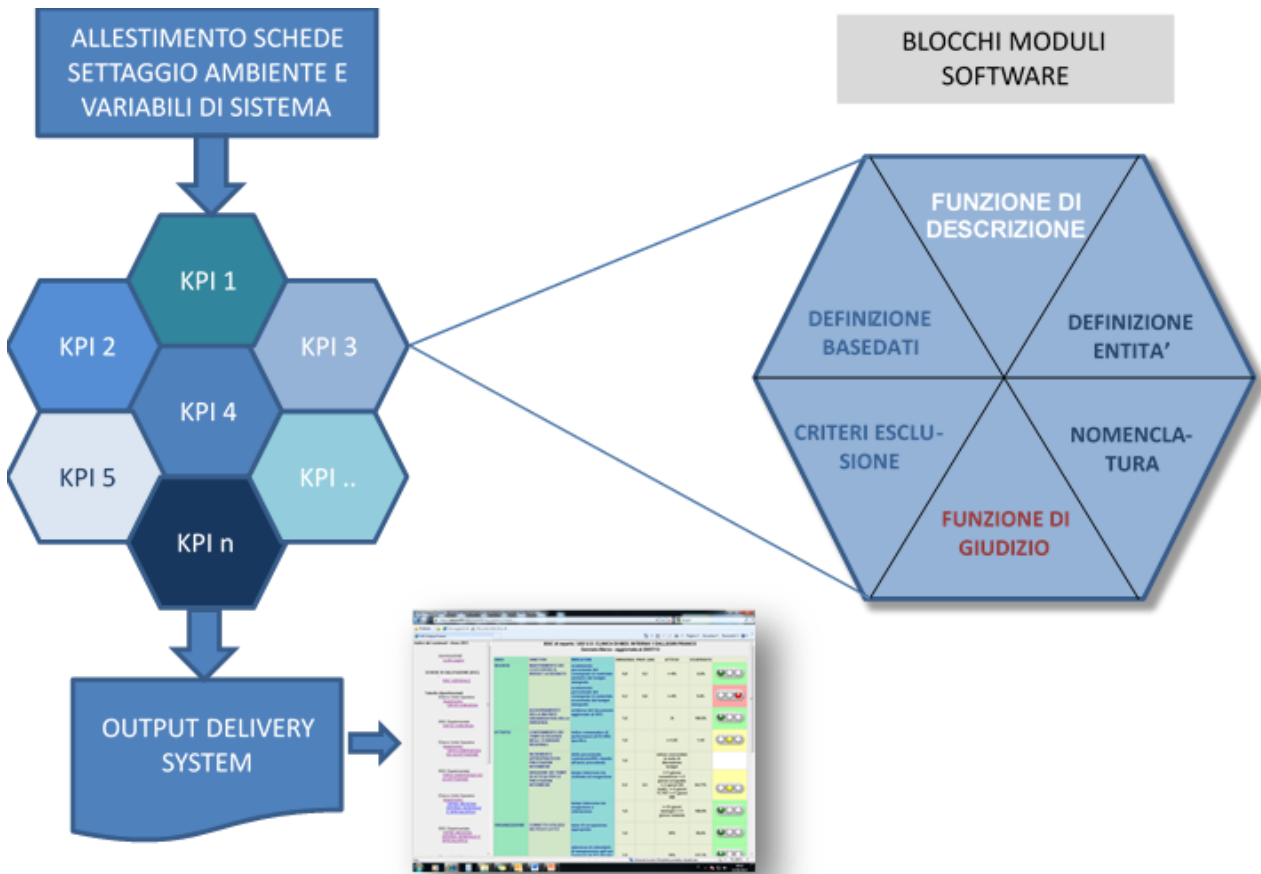
In chiusura, il risultato definitivo della BSC viene comunque comunicato via mail in formato pdf ai direttori ed ai coordinatori di unità operativa per l’ultima valutazione e l’invio di eventuali controdeduzioni che saranno poi analizzate dall’OIV. Nell’**allegato 3** è schematizzato il processo finale 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 basata sulla distribuzione gaussiana dei risultati e sulla numerosità individuale degli indicatori valutati.

Allegato 1

AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	RIPARTO RESPONSABILITA'			ATTESO	PESO AREA	PESO OBIETTIVO	PESO INDICATORE	
			DIRIGENZA	COORD.	PROF.SAN.					
RISORSE	MANTENIMENTO DEI COSTI ENTRO IL BUDGET ASSEGNATO	scostamento percentuale del consegnato rispetto al budget assegnato: livello di unità operativa	0,7	0,2	0,1	<=0%	20	40	60	
		scostamento percentuale del consegnato rispetto al budget assegnato: livello dipartimentale	0,2	0,6	0,2	<=0%			40	
	APPROPRIATEZZA ALLOCATIVA DELLE RISORSE UMANE	corrispondenza della matrice organizzativa con i volumi di prestazioni per singola attività	1,0	0,0	0,0	SI		30	50	
		analisi congiunta della matrice organizzativa delle professioni sanitarie con la direzione	0,0	1,0	0,0	SI			50	
	ADEGUATA FRUIZIONE DELLE FERIE	percentuale di ferie non godute sul totale dell'anno	0,5	0,5	0,0	<=15%		10	100	
CORRETTA GESTIONE DEL MONTE ORE	% personale con ore a debito fine anno >10 % personale con ore a credito fine anno >100	0,0 0,0	0,4 0,4	0,6 0,6	<=15% <=4%	20	50 50			
ATTIVITA'	MANTENIMENTO VOLUMI DI PRESTAZIONI	scostamento percentuale tra i punti DRG effettuati e quelli previsti a budget	1,0	0,0	0,0	>98% (<=102%)	25	25	40	
		scostamento percentuale tra le prestazioni effettuate e quelle previste a budget	1,0	0,0	0,0	>98% (<=102%)			20	
	INCREMENTO APPROPRIATEZZA EPISODI DI RICOVERO	prevalenza percentuale di DRG medici diagnostici	1,0	0,0	0,0			25	25	30
		prevalenza percentuale di episodi di day surgery per le procedure di cui alle DGR 1222/2011 e 1528/2011	1,0	0,0	0,0	riferimento al cut-off di cui alla DGR 1222				25
		trend prevalenza percentuale ricoveri brevi e Q/1 giorno (incluse ex QRS e Area Critica)	1,0	0,0	0,0	<=0%				15
		prevalenza percentuale di DRG a rischio di inappropriata di cui all'allegato al DPCM sul LEA (punteggi)	1,0	0,0	0,0	differenziato per UO				30
	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI DEGENZA	degenza media ricoveri ordinari per acuti >1gg	1,0	0,0	0,0	differenziato per UO		20	50	
		degenza media preoperatoria	1,0	0,0	0,0	<1 giorno			50	
	INCREMENTO APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI INTERMEDIE	riduzione variabilità costo medio per punto DRG in esami di laboratorio	1,0	0,0	0,0	obiettivo dipartimentale		10	50	
		riduzione costo medio per punto DRG in esami di diagnostica per immagini	1,0	0,0	0,0	obiettivo dipartimentale			50	
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)	1,0/0,6	0,0/0,2	0,0/0,2	<=1 giorno consulenza; <=1 giorno ecografia; <=3 giorni RX tradiz.; <=5 giorni TC e PET; <=7 giorni RM	20	40	60		
	percentuale di prestazioni reiterate entro i tempi massimi previsti	1,0	0,0	0,0	75% entro tempi specifici per prestazione			60		
ORGANIZZAZIONE	CORRETTO UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE	percentuale di sedute con primo tempo chirurgico iniziato entro le ore 9:30	0,7	0,2	0,1	>=90%	25	15	100	
	CORRETTO UTILIZZO DEI POSTI LETTO	aderenza al calendario di assegnazione ppil per l'urgenza da PS	1,0	0,0	0,0	100%		15	100	
	CORRETTO UTILIZZO DEL FARMACO	percentuale di registrazioni dei farmaci eleggibili nei registri AIFA	1,0	0,0	0,0	>=95%		10	100	
	CORRETTO UTILIZZO DEGLI AMBULATORI	percentuale di prestazioni prenotate tramite CUP	1,0	0,0	0,0	>=90%		20	40	
		percentuale di certificazioni corrette dell'accesso e dell'orario di esecuzione delle prestazioni	0,8	0,1	0,1	>=95%			30	
		percentuale di copertura con attività del tempo di utilizzo dichiarato in matrice	0,8	0,1	0,1	>=75%			30	
	RISPETTO DEGLI OBIETTIVI DI FORMAZIONE	% di adesione agli eventi formativi obbligatori	1,0	0,0	0,0	>=90%		10	100	
RISPETTO DEI TEMPI DI RENDICONTAZIONE DEI RICOVERI	percentuale di SDO correttamente compilate entro i termini previsti	1,0	0,0	0,0	100%	30	100			
QUALITA', SICUREZZA E CONTROLLO DEL RISCHIO	COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	percentuale di interventi chirurgici completamente convalidati in tempo utile (entro 6 ore dall'uscita dal DCI)	0,7	0,0	0,3	>=99%	20	10	100	
	CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO	evidenza della check-list di autocontrollo aggiornata	0,5	0,5	0,0	SI		25	50	
		percentuale letture bracciali sistema dose-unitaria	0,0	0,2	0,8	>=90%			15	
		percentuale letture farmaco sistema dose-unitaria	0,0	0,2	0,8	>=90%			15	
		percentuale conferme giornaliera sistema dose-unitaria	1,0	0,0	0,0	>=90%			20	
	PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	evidenza di almeno 3 incontri dirigenti/preposti/lavoratori sul tema della sicurezza	0,5	0,3	0,2	SI		25	25	
		evidenza della check-list di autocontrollo aggiornata	0,5	0,5	0,0	SI			25	
		evidenza del piano di evacuazione dell'Unità Operativa	0,5	0,5	0,0	SI			25	
	evidenza della chiusura di eventuali non conformità sul sistema gestione sicurezza lavoro	0,5	0,5	0,0	SI	25				
	ASSICURAZIONE QUALITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI	percentuale errori sulle basi dati ospedali, registro di sala operatoria e lista di attesa (n.errori/n.record)	0,5	0,4	0,1	<=5%		15	100	
EFFICACIA DELLE PRESTAZIONI	percentuale di ricoveri ripetuti	1,0	0,0	0,0	<=5%	15	100			
CONTENIMENTO COMPLICANZE INTRAOSPEDALIERE	incidenza lesioni da decubito	0,3	0,2	0,5	<=5%	10	50			
	incidenza cadute accidentali	0,0	0,2	0,8	<=0,5%	50				
RICERCA	QUALITA' DELLA PRODUZIONE SCIENTIFICA	numero di pubblicazioni con IF nel triennio dello specifico settore scientifico disciplinare	0,6	0,2	0,2	differenziato per UO	10	40	50	
	IF cumulativo nel triennio	0,6	0,2	0,2	differenziato per UO	50				
	APPROPRIATEZZA ALLOCATIVA DELLE RISORSE UMANE	trend triennale rapporto punti IFN/ numero ricercatori del team	1,0	0,0	0,0	>=0%		10	100	
	MIGLIORAMENTO CAPACITA' DI ATTRAZIONE	trend triennale volume economico fondi finalizzati	1,0	0,0	0,0	>=0%		30	70	
		trend triennale numero progetti finanziati con fondi finalizzati	1,0	0,0	0,0	>=0%			30	
	INCREMENTO SPERIMENTAZIONI CLINICHE SPONSORIZZATE	trend annuale sperimentazioni cliniche controllate	1,0	0,0	0,0	>=5%		20	35	
trend annuale numero pazienti arruolati in sperimentazioni		0,6	0,2	0,2	>=10%	35				
trend volume economico finanziamenti per sperimentazioni cliniche		0,6	0,2	0,2	>=10%	30				

Allegato 2



Allegato 3

