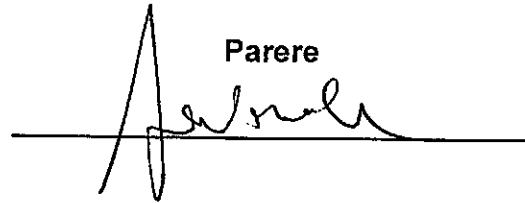
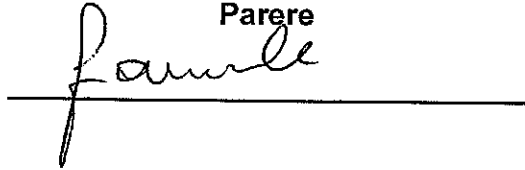
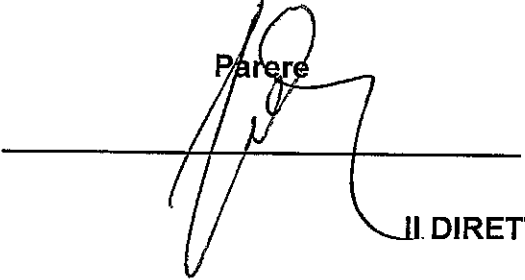


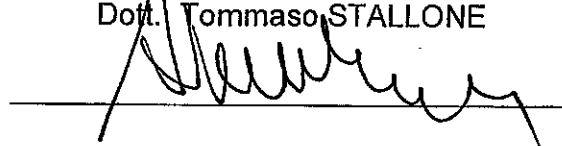
Parere


Parere


Parere


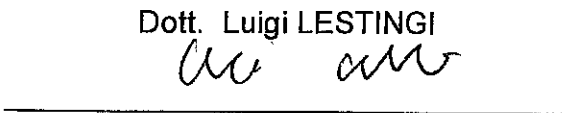
II DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Tommaso STALLONE



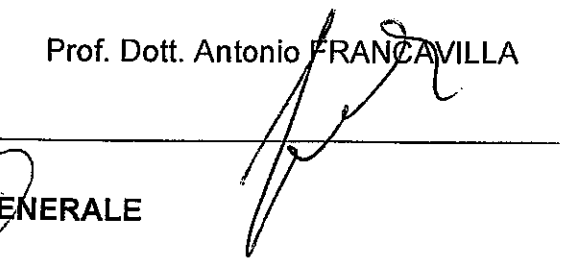
II DIRETTORE SANITARIO

Dott. Luigi LESTINGI



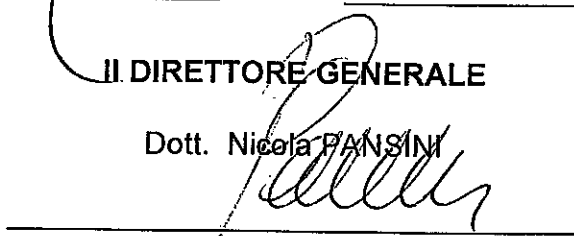
II DIRETTORE SCIENTIFICO

Prof. Dott. Antonio FRANCAVILLA



II DIRETTORE GENERALE

Dott. Nicola PANSINI



Castellana Grotte, li

14 NOV. 2013

=====

ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia della determinazione viene pubblicata all'Albo Pretorio di questo Ente per 15 giorni consecutivi a partire dal 14 NOV. 2013

L'INCARICATO ALLA PUBBLICAZIONE



IL DIRIGENTE AMM.VO AA.GG.



=====

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio dell'Ente dal giorno 14 NOV. 2013 al giorno 28 NOV. 2013 e che avverso lo stesso non sono stati prodotti, sino ad oggi in quest'ufficio, opposizioni o reclami.

IL DIRIGENTE AMMI.VO AA.GG.



Castellana Grotte, li _____

ORIGINALE

ENTE OSPEDALIERO SPECIALIZZATO IN GASTROENTEROLOGIA
"Saverio de Bellis"

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Ente di Diritto Pubblico D.M. del 31.3.1982
SEDE LEGALE ED OPERATIVA: Via Turi, 27

70013 CASTELLANA GROTTA (BARI)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato dal C.I.V. con atto deliberativo n.6 del 9.8.2012

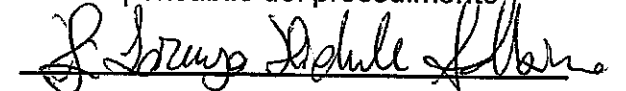
DELIBERAZIONE N. 502 DEL 14 NOV. 2013

COPIA ATTI ARCHIVIO

OGGETTO: AGGIORNAMENTO MAPPA STRATEGICA ED OBIETTIVI AZIENDALI RELATIVI ALL'ANNO 2014.

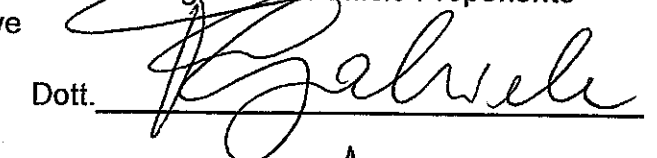
UFFICIO PROPONENTE: U. O. C. CONTROLLO GESTIONE E SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE.

Il Responsabile del procedimento



ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA:
Si attesta la conformità dell'atto alle normative Nazionali e regionali in materia.

Il Dirigente dell'Ufficio Proponente

Dott. 

ATTESTAZIONE DI REGOLARE IMPUTAZIONE DELLA SPESA:

Il Dirigente dell'U.O.C. G.R.F.

Dott. 

Il dott. Nicola Pansini, Direttore Generale dell'Ente, premesso

che con D.G. n. 573 del 16-11-2012 ha ridefinito l'organigramma dell'Ente in coerenza con quanto previsto dal R.R. di riordino della rete ospedaliera;

che sono in corso le innovazioni strutturali per la piena attivazione dell'intera struttura contestualmente ai necessari ed indispensabili cambiamenti culturali ed organizzativi utili a potenziare tutte le attività dell'Ente quale IRCCS specializzato in gastroenterologia con l'obiettivo primario di soddisfare la continua e pressante richiesta dell'utenza, creando altresì ricerca traslazionale;

che con atto d'indirizzo n. 8 del 05-06-2013, il C.I.V. ha emanato le linee strategiche 2013-15, in ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 788 del 23 aprile 2013, affidando obiettivi specifici sia al Direttore Generale che al Direttore Scientifico ad ognuno per quanto di rispettiva competenza;

che con D.G. n.427 del 26.09.2013 ha nominato l'organismo indipendente di valutazione (O.I.V.) in ottemperanza al D.lgs n. 150/2009.

Stabilito che, per il raggiungimento degli obiettivi annuali è necessario il consolidamento del sistema globale di gestione delle performance già sperimentato nell'ultimo periodo e governato dal Direttore Generale tramite atti di delega:

- nei confronti della tecnostruttura di supporto individuata nella U.O. Controllo di Gestione;
- nei confronti di quelle articolazioni aziendali di staff, quali l'ufficio formazione e qualità, sicurezza e rischio clinico e altre strutture capaci di promuovere salute, ricerca ed innovazione in gastroenterologia;
- nell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), dotato di autonomia decisionale, garanzia di un ottimale andamento della pubblica amministrazione.

Richiamata la D.G. n. 569 del 08-11-2012 con la quale l'Ente si è dotato di un sistema di valutazione del personale che il processo di budgeting ha strettamente incardinato e concatenato con la valutazione delle singole strutture di appartenenza.

Considerato che la valutazione della performance prevede una correlazione stretta tra pianificazione e svolgimento dei processi, tra misure e valutazione dei risultati, concetti ormai codificati nel D.lgs 150/2009, il quale fa espressamente riferimento a definizione ed assegnazioni di obiettivi, di valori attesi e di indicatori, obiettivi programmati e definiti da organi di indirizzo politico-amministrativo, che per l'Ente è il C.I.V..

Ribadito e confermato che il processo di assegnazione degli obiettivi deve avvenire attraverso un meccanismo "a cascata" all'interno del quale gli obiettivi assegnati alle Direzioni Generale e Scientifica saranno ulteriormente definiti e ribaltati sui Dipartimenti e/o sui Direttori e sulle strutture dotate di autonomia gestionale, i quali, a loro volta, dopo ulteriore e specifica definizione saranno ribaltati alle strutture e funzioni sotto ordinate.

Dato atto che quest'ultimo processo sarà concluso, con metodica di budget così come già sperimentato, all'indomani della pubblicazione degli obiettivi così come delineati del documento che allegato al presente atto ne è parte integrante e sostanziale.

Per le considerazioni e motivazioni su espresse, il Direttore Generale, previa acquisizione dei pareri del Direttore Scientifico, Prof. A. Francavilla, del Direttore Amministrativo, Dott. T. A. Stallone, del Direttore Sanitario, Dott. L. Lestingi, ritiene necessario procedere per l'anno 2014, all'assegnazione degli obiettivi aziendali alle varie articolazioni aziendali nelle persone dei direttori e dei responsabili delle strutture dell'Ente.

Tutto ciò premesso,

DELIBERA

Per i motivi esposti in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate e trascritte:

- di procedere, con il presente atto e per l'anno 2014, all'assegnazione, con metodica di budget e meccanismo a cascata, degli obiettivi aziendali alle varie articolazioni aziendali, così come definiti nel documento, che allegato al presente atto ne è parte integrante e sostanziale;
- di impegnare l'U.O. Controllo di Gestione quale organo di staff responsabile del coordinamento degli atti esecutivi della presente deliberazione curandone i consequenziali adempimenti, avendo facoltà d'uso dell'apparato tecnocratico senza oneri aggiuntivi;
- di impegnare i direttori ed i dirigenti responsabili delle diverse strutture aziendali di dare massima diffusione ai contenuti del presente provvedimento impegnandoli direttamente nel massimo coinvolgimento;
- di trasmettere la presente delibera all'Organismo Indipendente di Valutazione per quanto di specifica competenza e merito;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun impegno di spesa per l'Ente.

Il presente provvedimento consta di 4 pagine e n. 1 allegati.

LA MAPPA STRATEGICA DELL'IRCCS "De Bellis"
(Aggiornamento ed obiettivi aziendali 2014)

L'esercizio 2013 ha visto l'avvio dell'applicazione delle misure di governance enunciate con le D.G. n. 573 del 16-11-2012. Gli attori protagonisti dell'intero sistema "de Bellis" hanno ben compreso ed iniziato ad applicare i principi di governo clinico, potendo avere a disposizione strumenti utili ad applicare procedure e sistemi di controllo opportunamente codificati e standardizzati. Nel corso dell'anno, per adeguamento a specifiche norme inoltre, sono stati introdotti ulteriori nuovi sistemi di governance, che hanno permesso all'IRCCS di adeguarsi al DL sulla trasparenza e corruzione, ai principi della privacy e dei sistemi di valutazione, nominando con D.G. n.427 del 26.09.2013 a tal proposito l'organismo indipendente di valutazione (OIV) in ottemperanza al D.lgs n. 150/2009.

Sulla base di tali ulteriori novità di governo possiamo eseguire l'analisi dell'intera attività svolta dall'IRCCS nell'ultimo anno, proponendo azioni conseguenti per il 2014.

Assistenza. E' stata caratterizzata da una sostanziale riconferma del livello consolidato di attrazione che l'IRCCS esercita nei confronti della popolazione pugliese nel campo delle patologie gastroenterologiche, le patologie oncologiche, l'epatologiche e del tubo digerente rappresentano il punto di forza dell'intera struttura, approfittando dell'interessante sviluppo strategico rappresentato dalla radiologia interventistica. L'IRCCS, infatti nel corso dell'anno, ha visto migliorare la complessità dei casi trattati, nonostante sia venuto meno l'apporto dei ricoveri d'urgenza dopo l'obbligatoria chiusura del PS e la sostanziale fuoriuscita dell'IRCCS dalla rete emergenziale. Resta ancora molto da fare in termini di appropriatezza dei ricoveri non chirurgici, agendo su una organizzazione di offerta sanitaria alternativa al ricovero ordinario, sviluppando l'attività di DH, DS, DSe e, soprattutto ambulatoriale. Sul versante organizzativo è necessario una ulteriore razionalizzazione dei costi ed un monitoraggio più attento ed un'allocazione più appropriata delle risorse. Deve essere il 2014, l'anno della governance digitalizzata con l'obiettivo di spingere il sistema a rendere più rapida tutta l'attività di supporto alla produzione. Riorganizzare e stabilizzare la stessa organizzazione dovrà essere uno dei fondamenti dell'azione di governo, la piena attivazione di ogni angolo dell'intero Istituto dovrà essere l'imperativo che dovrà guidare Tutti (CIV, Amministrazione, quadri, dipendenti, stakeholder esterni).

Ricerca. Si è cercato di superare le differenti problematiche che hanno interessato il nostro Istituto e che spaziano dai problemi economici a quelli più inerenti alla qualità/quantità di personale coinvolto precipuamente nel campo della ricerca. Le indicazioni sia a livello nazionale che regionale fondano sulla ricerca traslazionale l'attività propria di un Istituto di Ricovero e Cura e Carattere Scientifico (IRCCS) come il nostro istituto. Gli IRCCS tutti sono infatti chiamati a fare da "*trait d'union*" tra la ricerca scientifica ed il trattamento dei pazienti. Questo compito lo si sta attuando, anche sul piano organizzativo, attraverso una gestione partecipata dell'attività di ricerca in cui le varie tematiche di pertinenza epato-gastroenterologica siano affrontate mediante l'aggregazione di unità operative assistenziali e di unità operative di ricerca (laboratori di ricerca in campo biomedico). L'intento principale è stato, infatti, quello di far convergere le competenze delle diverse unità operative per consentire la più stretta integrazione tra attività di ricerca scientifica ed attività assistenziale e di cura, coinvolgendo nell'intero processo figure esterne di alto livello scientifico. Tutto ciò ha l'obiettivo di superare le difficoltà nella realizzazione di studi di ampio respiro sulle problematiche di nostra pertinenza, che in passato era caratterizzato da un esiguo numero di trials clinici e un basso impact factor. Pertanto è stato necessario pensare un nuovo modello di lavoro che si ispirasse a tale approccio multidisciplinare e traslazionale il quale deve essere basato sul costante trasferimento dei risultati delle ricerche e dei dati di laboratorio alla pratica clinica e,



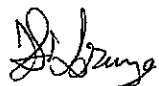
viceversa, in tale ottica è stata avviata e valorizzata l'attività sperimentale presso lo stabulario, dove la fanno da padrone le ricerche sull'attività oncogenica-proliferativa-inibitoria in gastroenterologia. Tale flusso di informazioni, tutt'uno con lo sviluppo di studi nel campo del microbiota intestinale, porta ad implementare la cura e le attenzioni per il paziente con problemi gastroenterologici oltre che ad agevolare sia l'attività di ricerca applicata alle malattie che la ricerca di base, che trae enorme vantaggio della rinnovate attrezzature dei laboratori, in grado di assicurare ricerca di alto livello.

Anche per l'anno 2014 restano validi tutti i principi ed i concetti in uso nella metodica della balanced scorecard (scheda di valutazione bilanciata), poiché permette di valutare le performance dell'azienda in un'ottica sia strategica sia operativa: essa, infatti, riflette l'equilibrio raggiunto fra obiettivi a breve e a lungo termine, fra misure finanziarie e non, fra indicatori ritardati e di tendenza, fra prospettive della performance interna ed esterna. Integrando il significato meramente economico-finanziario del concetto di budget.

L'idea generale di una BSC è che i risultati economici e finanziari possano essere conseguiti soddisfacendo adeguatamente i cittadini, sviluppando processi interni eccellenti, i quali possono essere progettati ed implementati agendo sull'apprendimento, dunque sulle persone, sulla loro selezione, motivazione, competenza, conoscenza. Monitorando le prestazioni lungo tali dimensioni si è in grado di valutare sistematicamente quanto l'impresa sia efficace.

Come già enunciato, per garantire questo assunto di base, la BSC valuta le performance sulla base di quattro dimensioni o prospettive rilevanti:

- A. la **prospettiva economico finanziaria** (o dei risultati) che pone in relazione i risultati ottenuti dall'Ente con la missione specifica e quindi, almeno relativa all'erogazione dei LEA e all'equilibrio economico-finanziario; il raggiungimento ed il mantenimento di questo standard diviene la condizione per dimostrare la capacità di fornire prestazioni efficaci a costi accessibili.
- B. la **prospettiva dei processi interni** all'azienda che è diretta all'individuazione dei fattori critici di successo, di eccellere nella gestione dei processi interni e, in generale, nella gestione delle condizioni necessarie a generare risultati e al raggiungimento degli obiettivi ai vari livelli; già focalizzando l'attenzione sull'ottimizzazione dei processi esistenti è possibile migliorare la qualità dei servizi forniti e rispondere alla necessità di controllare i costi allocando le risorse in maniera efficiente
- C. la **prospettiva dell'apprendimento, ricerca e crescita**, strettamente connesse alla innovazione di processo, consentono uno sviluppo globale dell'organizzazione, che deve coinvolgere il personale, i sistemi, le procedure organizzative; a tal fine l'Ente deve investire nell'aggiornamento, nella qualificazione del personale e nel potenziamento e/o rinnovamento del sistema informatico; le organizzazioni eccellenti gestiscono, sviluppano e liberano il pieno potenziale del proprio personale a livello individuale, di gruppo e di organizzazione; promuovono la trasparenza e l'equità, coinvolgono e responsabilizzano il personale; curano la comunicazione, il sistema di premi e di riconoscimenti, in modo tale che il personale si senta motivato a impiegare le proprie conoscenze e competenze professionali a beneficio dell'organizzazione.
- D. la **prospettiva degli utenti** che fa riferimento alla necessità di orientare l'attività svolta alla soddisfazione delle esigenze manifestate dai cittadini allo scopo di differenziarsi maggiormente dalla concorrenza; i cittadini che si rivolgono ai servizi offerti dall'Ente chiedono prima di tutto una risposta ai loro problemi di salute, ma chiedono anche che vengano esaudite aspettative diverse, come la cortesia nelle relazioni, la tempestività nel fornire un servizio, il *comfort* nelle strutture del sistema; le misure introdotte dovranno tener conto del tasso di attrazione e fedeltà conseguente, dell'acquisizione di nuovi pazienti e della



redditività delle prestazioni (equità, accessibilità, rilevanza, efficienza).

Si ribadisce il concetto che nel corso del processo di definizione della balanced scorecard verrà delineato un sistema di reporting per la rilevazione periodica dell'efficacia di ogni singola misura e per l'analisi degli scostamenti nonché delle azioni correttive da intraprendere. Monitorando continuamente gli obiettivi tramite la balanced scorecard sarà possibile verificare non solo se la strategia sia effettivamente eseguita ma anche la validità della stessa.

Applicata la BSC generale, essa dovrà essere sviluppata in cascata permettendo di comunicare chiaramente la strategia a livelli sempre più vasti di persone e consentendo di capire come la loro attività quotidiana possa contribuire al successo della strategia dell'Ente. Tramite la definizione di obiettivi non esclusivamente finanziari è possibile legare la prestazione e quindi l'incentivazione dei singoli al raggiungimento di target non solo finanziari a breve termine ma al raggiungimento di risultati coerenti con la strategia in tutte e le prospettive di analisi.

La BSC:

- ▲ offre gli strumenti per investire in apprendimento, innovazione e crescita;
- ▲ facilita la selezione di iniziative ed ottimizza l'allocazione delle risorse;
- ▲ consente di allineare gli indicatori chiave di performance alla strategia a tutti i livelli;
- ▲ fornisce al management una vista complessiva sull'andamento delle attività;
- ▲ facilita la comunicazione e la comprensione degli obiettivi e delle scelte strategiche.

Il rafforzamento della metodologia BSC comporterà:

- ▲ una metodologia di lavoro per progetto con obiettivi prefissati;
- ▲ un costante affiancamento degli uffici di staff;
- ▲ momenti di verifica in riunioni plenarie con tutti gli attori del sistema.

La BSC 2014 dell'Ente "S. de Bellis"

Il sistema di BSC dell'Ente ha considerato le seguenti fasi:

1. analisi del contesto;
2. articolazione degli obiettivi fra le prospettive strategiche;
3. costruzione della mappa strategica;
4. individuazione degli indicatori e dei risultati.

Fase 1: Analisi del contesto

Nella parte iniziale di questo documento si è fatta l'analisi del contesto dell'attività dell'ultimo periodo con particolare riferimento al settore prettamente assistenziale e quello della ricerca.

Missione e Visione

(si fa riferimento all'atto aziendale vigente)

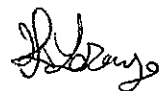
Linee strategiche del C.I.V. 2013-15

Con atto d'indirizzo n. 8 del 05-06-2013, il C.I.V. ha emanato le linee strategiche 2013-15, in ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 788 del 23 aprile 2013. Gli indirizzi-obiettivi in esso contenuti sono alla base della stesura del presente documento.

Strategia

L'Azienda riconosce come fattori determinanti per la realizzazione dei propri obiettivi istituzionali:

- ▲ l'orientamento del sistema aziendale sull'attività produttiva fondata su precisi valori di riferimento culturale, sociale, nonché di ricerca traslazionale;
- ▲ la realizzazione di un modello organizzativo che, nel rispetto della legalità, sia improntato alla responsabilizzazione sugli obiettivi e sui risultati;



- ▲ l'affermazione della cultura dell'efficienza e dell'equilibrio del bilancio correlato alle effettive esigenze sanitarie della popolazione afferente;
- ▲ la correlazione delle strategie dell'Azienda con le esigenze del cittadino, valorizzandone il contributo partecipativo.

Fase 2: Articolazione degli obiettivi fra le prospettive strategiche

Gli obiettivi generali validi per qualunque sistema sanitario possono essere sia di tipo sanitario (migliorare la salute della popolazione), sia di tipo non sanitario (rispondere alle attese delle persone, fornire protezione finanziaria contro i costi della malattia), in più per noi si aggiungono gli obiettivi di ricerca traslazionale.

Per l'IRCCS, la formulazione esplicita del proprio mandato è tutt'altro che banale perché consente di verificare:

- ▲ l'adesione a linee di indirizzo nazionale e regionale;
- ▲ la compresenza di obiettivi sanitari, sociali e di ricerca;
- ▲ l'identificazione di principi guida nella pianificazione e valutazione dei servizi;
- ▲ la coerenza tra principi guida/valori espressi e obiettivi specifici/indicatori definiti e utilizzati per la valutazione di processo e di esito.

Lo sviluppo della metodologia presuppone che la Direzione generale abbiano definito gli obiettivi di miglioramento e le principali attività per farvi fronte, che sono raggruppate secondo le quattro componenti del BSC:

A. Prospettiva economico – finanziaria o dei risultati [Pesi(D20%-C45%-S30%-Cxx%)

Obiettivi primari	Obiettivi correlati	Indicatori	Target	P 100	Pd 20	Pc 45	Ps 30	pc xx	Azioni correlate
1. Rispetto del budget assegnato dalla Regione 2. Equilibrio costi/ricavi 3. Ridurre i costi operativi e delle prestazioni erogate	Raggiungere l'obiettivo di contenimento dei costi	Costi	< = > Ref. ultimi 3 anni	20	4	9	6		Razionalizzare la spesa Rivedere i modelli organizzativi (>0<= 5%)
	Raggiungere l'obiettivo della crescita dei ricavi	Ricavi	= > >> Ref. ultimi 3 anni	80	16	36	24		Pieno utilizzo delle risorse disponibili Ampliamento dell'offerta Nuove attivazioni (>0<=5%)

B. Prospettiva processi interni di gestione [Pesi(D40%-C30%-S40%-C60%)

Obiettivi primari	Obiettivi correlati	Indicatori	Target	P 100	Pd 40	Pc 30	Ps 40	pc 60	Azioni correlate
1. Migliorare la qualità 2. Aumentare l'efficienza operativa 3. Aumentare l'efficienza delle prestazioni 4. Ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni	Appropriatezza	DRG a rischio di inappropriatezza	< di 10% anno prec	10	4	3	4	2	Attivazione di procedure alternative al R.O.
	Omogeneità nei comportamenti	N. di protocolli diagnostico-terapeutici multidisciplinari	5	5	2	1,5	2	4	Incrementare l'adozione di protocolli e loro diffusione (vedi L. Balduzzi). Produrre documentazione.
	Organizzazione del lavoro Flussi informativi	Ritardi operativi Attivazione EDOTTO	< 50%	50	20	15	20	50	x Comparto=50% Continuità assistenziale e/o di supporto nell'area amministrativa tecnico e logistica. Puntuale erogazioni delle prestazioni. Utilizzo EDOTTO
	Efficienza	D.M. T.O. I.M.C. Liste d'attesa ALPI	4-6 >80% >1.2 resp.triage < list attes	30	12	9	12	3	Contrazione dei tempi di degenza ed incremento dei DRG alta specialità. Incremento offerta monitoraggio ALPI
	Efficacia	Ricoveri ripetuti	< 5%	5	2	1,5	2	1	Adozione protocolli postdimissione

Liberto

C. Prospettiva apprendimento e crescita [Pesi(D20%-C10%-S10%-C5%)]

Obiettivi primari	Obiettivi correlati	Indicatori	Target	P 100	Pd 20	Pc 10	Ps 10	pc 5	Azioni correlate
1. Colmare il gap delle competenze 2. Migliorare l'efficienza tecnologica 3. Promuovere nuovi progetti 4. Trattenere le persone migliori 5. Garantire un adeguato training	Competenze ed abilità	% di turnover aziendale	80%	10	2	1	1	0,5	Interscambiabilità degli operatori
	Innovazione	Nuove tecniche	5	20	4	2	2	1	Introduzione di processi produttivi
	Clima interno e motivazione	Audit	3	20	4	2	2	1	Indagini sul livello di soddisfazione del personale
	Formazione e aggiornamento, digitalizzazione	Progetti formativi	10	20	4	2	2	1	Promuovere eventi formativi
	La ricerca partecipata	Partecipazione a progetti di ricerca (assistenza) I.F. Normalizzato (ricerca)	2 prog. > 10% anno prec	30	6	3	3	1,5	Creare ricerca multidisciplinare

D. Prospettiva assistito e relazioni con l'ambiente esterno (D20%-C15%-S20%-C35%)

Obiettivi primari	Obiettivi correlati	Indicatori	Target	P 100	Pd 20	Pc 15	Ps 20	pc 35	Azioni correlate
1. Soddisfazione dell'assistito e miglioramento delle relazioni esterne 2. Migliorare l'attrattività 3. Rafforzare l'immagine dell'ente	Migliorare le relazioni con gli utenti	Tempi di risposta per tipologia di reclamo	< 1 g	30	6	4,5	6	10,5	Azioni correttive
	Elevare la qualità dei servizi offerti	Audit	3	60	12	9	12	21	Progettare indagini di soddisfazione dell'utenza
	Ridurre i tempi di insolvenza	Erogazione pagamenti	< di 60 giorni	5	1	0,75	1	1,75	Stipulare accordi specifici con i fornitori di concerto con la Regione
	Instaurare relazioni con le ASL e la medicina territoriale	n. di accordi di programmi	1	5	1	0,75	1	1,75	Stipulare accordi specifici con le ASL e stakeholder esterni

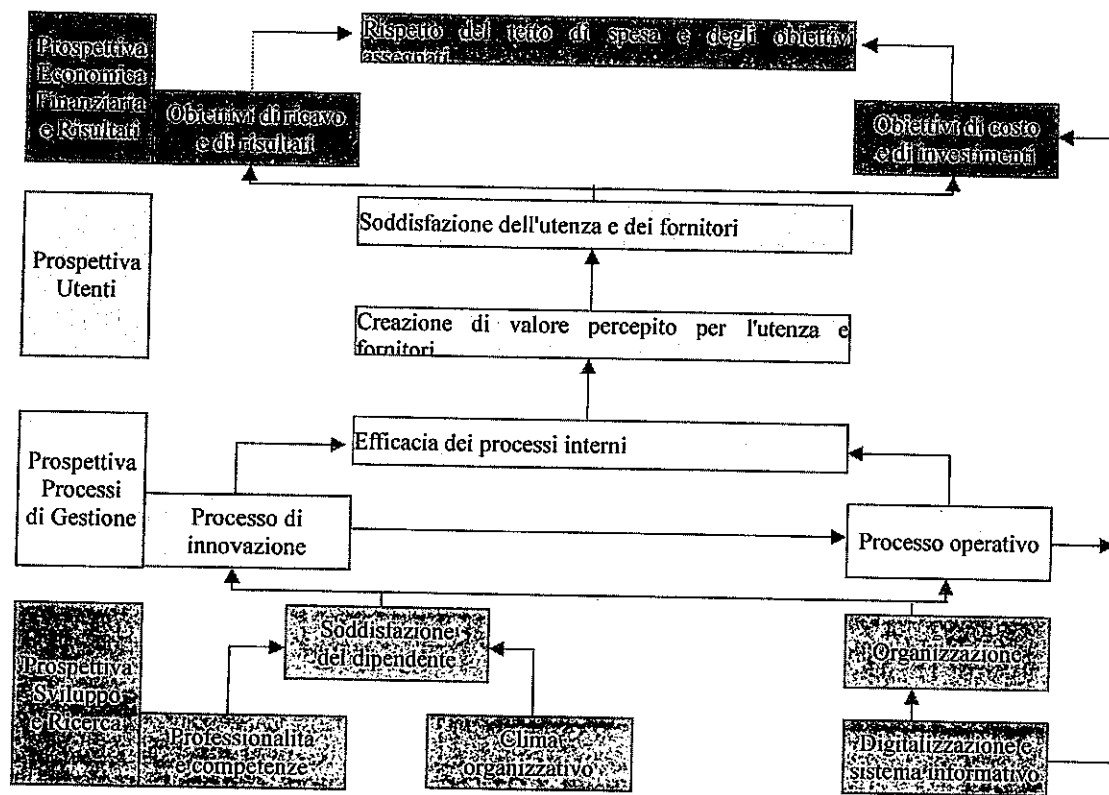
Didascalia: P= peso dell'obiettivo; Pd=% peso al dipartimento, Pc alla S.O.C., Ps ai dirigenti e pc al comparto.

Nella tabella successiva sono definiti i pesi da attribuire alle varie aree con riferimento all'anno 2014.

Prospettive (posto 100 il peso totale)	Dirigenza di dipartimento	Dirigenza struttura complessa	Dirigenza di struttura semplice e professionale	Comparto
Assistito e relazioni con l'ambiente esterno	20%	15%	20%	35%
Processi di gestione	40%	30%	40%	60%(*)
Apprendimento e crescita	20%	10%	10%	5%
Economico – finanziaria o dei risultati	20%	45%	30%	
Sistema premiante	< 30 % nulla 30-80 in proporzione > 80% si eroga il 100%	< 30 % nulla 30-80 in proporzione > 80% si eroga il 100%	< 30 % nulla 30-80 in proporzione > 80% si eroga il 100%	< 30 % nulla 30-80 in proporzione > 80% si eroga il 100%

(*) il 50% (del 60% cioè il 30%) destinato alla continuità assistenziale e/o di supporto nell'area amministrativa tecnico e logistica, purché nella scheda individuale si sia raggiunto un punteggio pari al 60% del punteggio massimo assegnabile.

Fase 3: La mappa strategica e le relazioni causa effetto



Fase 4: individuazione degli indicatori (misuratori) e dei risultati

Prospettiva assistito e relazioni con l'ambiente esterno:

1. Facilità di accesso (procedure informatizzate di prenotazione e informazione)
2. Tempi di attesa delle prestazioni
3. Reclami e apprezzamenti
4. Customer Satisfaction Survey
5.

Prospettiva processi di gestione

1. Indicatori di struttura
2. Indicatori di efficacia
3. Indicatori di efficienza
4.

Prospettiva apprendimento e crescita

1. Indice del Gap delle competenze
2. Indice di soddisfazione dei dipendenti
3. Composizione del personale in funzione dei livelli
4. Ore di formazione per dipendente e per livello
5. N. di progetti innovativi integrati e multidisciplinari
6. I.F. normalizzato
7.

Handwritten signature

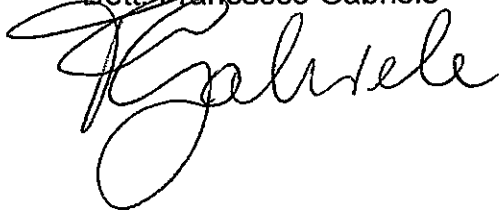
Prospettiva economico-finanziaria

1. Spesa pro capite scomposta per fattori produttivi
2. Costo per prestazione e/o servizio
3. Costo medio paziente anche ad isoDRG
4. Indicatori di bilancio
5.

I quadri sono invitati ad eleggersi quali protagonisti per rendere attivo e condivisibile il metodo della BSC, esso dovrà essere caratterizzato dalla semplicità e dalla facile lettura di obiettivi e misuratori nella consapevolezza che esso è strumento di riferimento per orientare la governance fornendo una serie di vantaggi:

1. la BSC aiuta "a capire dove e se" l'IRCCS sta effettivamente facendo bene su tutte le aree e, in questo senso, diventa uno strumento prezioso per aiutare a "fare le cose giuste" e, possibilmente, a "fare bene le cose giuste";
2. il successo e le performance dell'IRCCS, come si è capito, non sono solo il pareggio di bilancio o l'equilibrio economico bensì anche altre (migliorare la salute dell'utenza, assicurare pari opportunità nella fruizione dei servizi necessari, migliorare la qualità dei servizi forniti, rispondere alla necessità di controllare i costi allocando le risorse in maniera efficiente, sviluppare il pieno potenziale del proprio personale a livello individuale, di gruppo e di organizzazione, promuovere la trasparenza e l'equità, coinvolgere e responsabilizzare il personale, curare la comunicazione, ...).

Il Controllo di Gestione
Dott. Francesco Gabriele



Il Direttore Generale
Dott. Nicola Pansini

