

LA MAPPA STRATEGICA DELL'IRCCS "De Bellis" (Aggiornamento ed obiettivi aziendali 2015)

L'esercizio 2014 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 2015.

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; a tal proposito, si sente la necessità, al fine di completare l'offerta oncologica, di porre le basi per l'acquisizione della PET.

Il controllo da parte dell'UVARP competente territorialmente, ha evidenziato la grossa problematica dell'appropriatezza dei ricoveri, già più volte evidenziata nelle diverse sedi, che rischia di vanificare tutti gli sforzi per il miglioramento del bilancio dell'Ente. Non è più rinviabile adottare ogni sforzo per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, agendo su una organizzazione di offerta sanitaria alternativa al ricovero ordinario, istituendo e 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 2015, 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 dei pp.II. assegnati all'Istituto dovrà essere l'obiettivo che dovrà guidare Tutti (CIV, Amministrazione, quadri, dipendenti, stakeholder esterni).

Ricerca. L'intento principale è stato 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. Sarebbe utile

operare una riqualificazione dell'offerta gastroenterologia pensando di affiancare l'attività di degenza ad unità di fisiopatologia altamente qualificate, dando nel contempo il massimo spazio possibile agli aspetti nutrizionali, nonché la possibilità di aprire la collaborazione con specialisti esterni, al fine anche del massimo utilizzo delle risorse disponibili. Gli stessi laboratori di patologia clinica dovrebbero riorganizzarsi per pensare, oltre che la routine, ad una offerta di esami altamente specialistici. Parimenti utile sarebbe la creazione di chirurgie altamente selettive (esofago, stomaco-fegato, pancreas e colon-retto) in aggiunta alla chirurgia delle grandi obesità.

Anche per l'anno 2015 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 2015 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. <i>Rispetto del budget assegnato dalla Regione</i> 2. <i>Equilibrio costi/ricavi</i> 3. <i>Ridurre i costi operativi e delle prestazioni erogate</i>	Raggiungere l'obiettivo di contenimento dei costi	Costi	< = > Ref. ultimi 3 anni	20	4	9	6		Razionalizzare la spesa Rivedere i modelli organizzativi (<o> 5%) (<< o>> 10%)
	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 (>o<5%)(>> 10%)

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. <i>Migliorare la qualità</i> 2. <i>Aumentare l'efficienza operativa</i> 3. <i>Aumentare</i>	Appropriatezza /organizzazione del lavoro	N. di day service attivati/tempi erogazione servizi (x amministrativi) < tempi di	Adegua- mento alla DGR 1202/14. < rispetto al 2014 e	50	24	15	20	50	Attivazione di procedure alternative al R.O. . Adegua-mento dei servizi Per Comparto=50%. Continuità assistenziale e/o di supporto nell'area

l'efficienza delle prestazioni 4. Ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni		produzione di un atto (relazione dirigente). N. di atti prodotti	comunque e nei termini definiti a priori dal dirigente > degli atti prodotti							amministrativa tecnico e logistica (25%) e day service (25%).
	Omogeneità nei comportamenti	N. di protocolli diagnostico-terapeutici multidisciplinari	1 x U.O.	10	2	3	4	4	Incrementare l'adozione di protocolli e loro diffusione. Produrre documentazione.	
	Flussi informativi	Ritardi operativi	N. contestazioni	10	2	3	4	3	Puntuale rispetto dei tempi di trasmissione	
	Efficienza	D.M. I.M.C. tempi referti	4-6 >1.2 < 6 giorni	30	12	9	12	3	Attivazione di procedure correlate al raggiungimento obiettivi	

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%	30	6	3	3	1,5	Interscambiabilità degli operatori
	Innovazione	Nuove tecniche	1 x U.O.	20	4	2	2	1	Introduzione di processi produttivi nuovi
	Formazione e aggiornamento, digitalizzazione	Progetti formativi	1 x U.O.	20	4	2	2	1	Promuovere eventi formativi
	La ricerca partecipata	Partecipazione a progetti di ricerca (assistenza) I.F. Normalizzato (ricerca)	Almeno 1 prog. x U.O. > 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	N. di reclami	n. reclami non giustificabili (< 3 x U.O.)	60	12	9	12	21	Azioni correttive per prevenire le azioni di contestazioni
	Elevare la qualità dei servizi offerti	Carta dei servizi	1 x U.O. revisione	30	6	4	6	11	Progettare nuova offerta sanitaria/amministrativa
	Migliorare l'attrattività	n. di accordi di programmi	1 x U.O.	10	2	2	2	3	Stipulare accordi specifici con stakeholder esterni

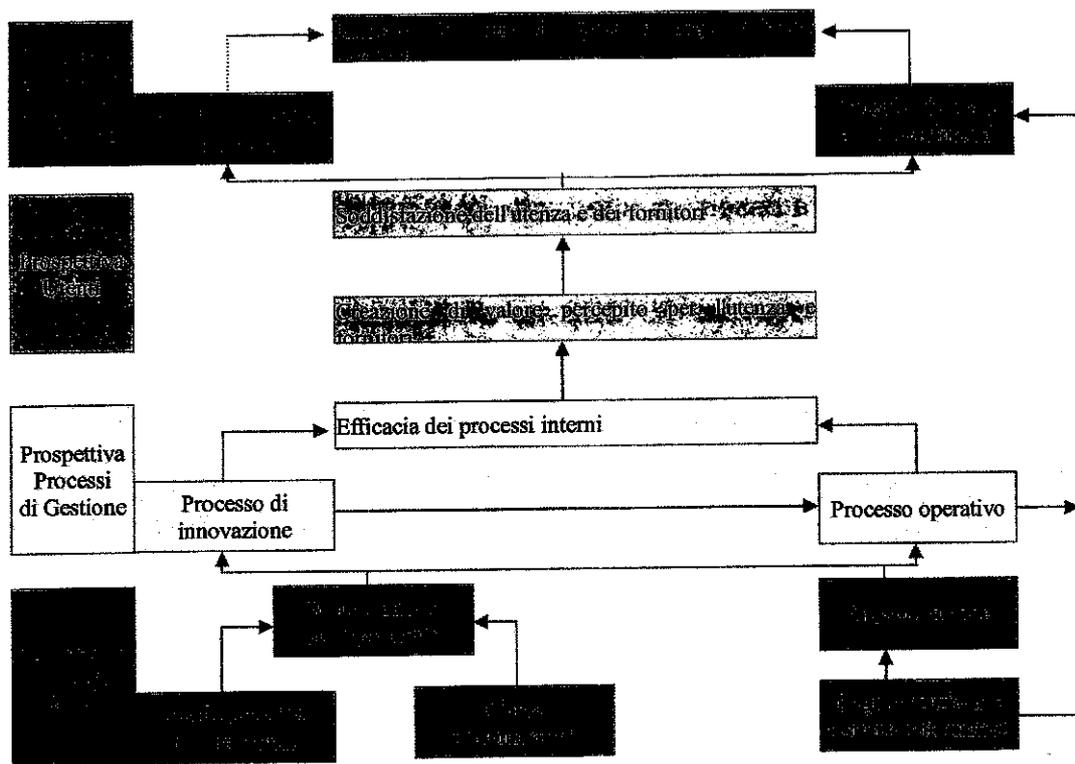
Didascalia: P= peso dell'obiettivo; Pd=% peso al dipartimento, Pc alla S.O.C., Ps ai dirigenti e pc al comparto.

Nella tabella successiva sono definiti i pesi da attribuire alle varie aree con riferimento all'anno 2015.

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.

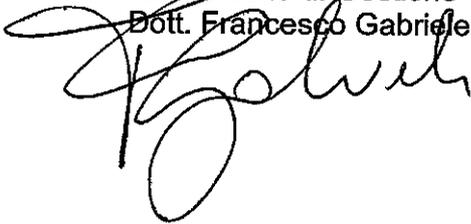
Prospettiva economico-finanziaria

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 e, cosa più necessaria di tutte, umanizzare l'assistenza.

Il Controllo di Gestione
Dott. Francesco Gabriele



Il Direttore Generale
Dott. Nicola Pansini

