



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Una delle scelte strategiche che caratterizza e qualifica l'approccio adottato nell'implementazione del bilancio sociale è stata quella di introdurre un sistema multidimensionale di misurazione delle performance che consenta di valutare in modo oggettivo i risultati raggiunti dalla Fondazione rispetto alla missione che ne costituisce l'obiettivo centrale: esprimere livelli di eccellenza, sia nella ricerca che nell'assistenza, per consolidare conoscenze, competenze, tecnologie e processi che consentano di soddisfare le aspettative di tutti coloro che alla Fondazione si rivolgono per aver risposta a problemi che spesso portano in sé un carico inimmaginabile di umana sofferenza.

Questa scelta è coerente con il concetto stesso di bilancio sociale, che deve essere uno strumento di trasparente rendicontazione del grado in cui sono state soddisfatte le aspettative dei propri stakeholder, e che trova nel sistema di misurazione delle performance lo strumento per rendere oggettiva questa valutazione.

L'introduzione di un sistema strutturato di misurazione delle performance è altresì coerente con l'evoluzione della normativa nazionale che disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle amministrazioni pubbliche, e che trova nella legge delega 4 marzo 2009, n. 15 e nel decreto legislativo attuativo 27 ottobre 2009, n. 150, la sua più recente formulazione.

Nel riordino delle amministrazioni pubbliche che costituisce oggetto delle leggi citate i concetti di trasparenza, di misurazione della performance, intesa come capacità complessiva di dare risposta alle aspettative dei cittadini, e di valutazione dell'apporto individuale al raggiungimento dei risultati conseguiti, sono i capisaldi di un approccio che individua la valutazione e il riconoscimento del merito quali leve di un sistema trasparente, efficiente ed efficace.

L'introduzione nel contesto specifico della sanità di un set di indicatori che consentissero di misurare "l'efficienza gestionale e i risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie" forma oggetto del decreto del ministero della salute del 24 luglio 1995, al quale fece seguito il 15 ottobre 1996 un ulteriore decreto con cui furono proposti un insieme di indicatori quale "strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere" aspetti che vengono ricondotti alla dimensione della qualità definita qualità percepita.

La finalità degli indicatori era quella di consentire valutazioni comparative al fine di consentire alle singole aziende di conoscere la propria situazione rispetto al dato nazionale e regionale.

Con il successivo decreto interministeriale del 12 dicembre 2001 l'insieme degli indicatori è stato organicamente riformulato, venendo a costituire un insieme di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali di assistenza, che interessa le diverse dimensioni della valutazione dei servizi sanitari, inclusi i relativi costi.

Il decreto in questione prevedeva che gli indicatori calcolati fossero pubblicati entro il 31 dicembre di ogni anno dal ministro della salute in uno specifico rapporto del quale doveva essere data diffusione pubblica.

L'adozione di un sistema di indicatori per il monitoraggio dei risultati conseguiti dalle singole aziende in cui si articola il sistema sanitario è stata concretamente realizzata da pochissime regioni, e tra queste l'esperienza della Regione Toscana ha costituito sicuramente un riferimento, come dimostra il fatto che il modello toscano è stato adottato dalle Regioni Liguria, Pie-



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

monte, Umbria e dallo stesso Ministero della salute a supporto di valutazioni comparative interregionali.

L'esigenza di valutare i risultati raggiunti su basi oggettive, e su quelle stesse basi, utilizzando cioè gli stessi indicatori, confrontarsi con gli altri, costituisce esigenza ineludibile, che ha indotto la Fondazione Stella Maris ad adottare un set di indicatori e pubblicarne i valori nei report che da anni vengono realizzati dalla direzione sanitaria quale sintesi dell'attività svolta e dei risultati conseguiti nelle diverse articolazioni operative di erogazione dell'assistenza sanitaria, sia in ambito ospedaliero che extra ospedaliero.

In questo contesto si inserisce l'iniziativa, intrapresa a seguito dell'adozione del bilancio sociale, di costruire un sistema che non si limiti a misurare i risultati raggiunti, ma sia strumento di raccordo tra la missione ed i valori che costituiscono il senso della Fondazione, con la pianificazione strategica, e questa con la programmazione annuale che si esprime nel budget.

Si tratta di passare dalla misurazione al governo delle performance, adottando un approccio ideato negli Stati Uniti nel 1990 quale approdo di una sperimentazione coordinata dal prof. Robert Kaplan, docente dell'Università di Boston, e dal dottor David Norton, presidente di un istituto di consulenza.

La sperimentazione, alla quale presero parte dodici aziende, fu denominata "Misurazione della performance nell'impresa del futuro" e portò a formalizzare uno strumento denominato "balanced scorecard" (scheda di valutazione bilanciata) l'intuizione geniale del quale non fu tanto quella di inserire altri indicatori oltre ai tradizionali indicatori economico finanziari ma soprattutto quella di strutturare il sistema di indicatori così definito secondo



quattro dimensioni (o prospettive) di analisi interdipendenti, correlate tra loro da evidenti connessioni causali.

L'iniziativa si inquadra nell'evoluzione del pensiero manageriale che aveva evidenziato i limiti dei sistemi di misurazione delle performance consolidati, basati su indicatori di natura prevalentemente economico finanziaria e limitati ad una analisi dell'evoluzione della realtà aziendale vista dall'interno, e non rapportata in maniera organica al contesto nel quale opera ed al mercato al quale si rivolge. I risultati di quella sperimentazione furono sintetizzati dagli autori in un articolo dal titolo "The balanced scorecard: measures that drive performance" pubblicato nel 1992 su Harvard Business Review, una delle più prestigiose riviste scientifiche in materia di management. L'interesse che l'articolo suscitò si tradusse in richieste di supporto per implementare la balanced scorecard, che proprio per la sua architettura logica si rivelò non solo e non tanto uno strumento di misurazione delle performance aziendali, ma uno strumento di supporto all'attuazione della strategia aziendale.

PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Questa evoluzione è descritta dagli ideatori dello strumento in un articolo pubblicato nel 1996 sempre su Harvard Business Review, col titolo "Using the balanced scorecard as a strategic management services".

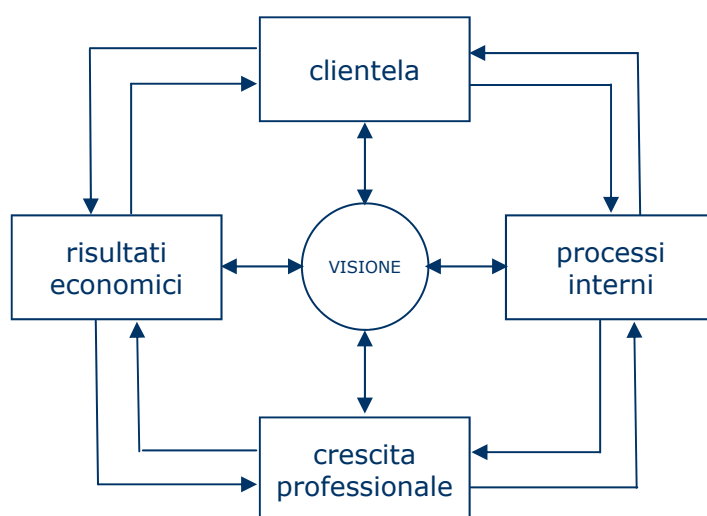
La struttura della balanced scorecard, ed i risultati della sua implementazione in aziende operanti in differenti settori furono organicamente descritti da Nolan e Norton in un libro dal titolo "The balanced scorecard: translating strategy into action". Pubblicato negli Stati Uniti nel 1996 è stato tradotto in 19 lingue e diffuso in tutto il mondo.

Il successo dello strumento è stato tale da indurre gli autori a fondare una società di consulenza specializzata nella progettazione ed implementazione di balanced scorecards a supporto della gestione strategica di organizzazioni operanti nei più disparati settori, profit e non profit, compreso organizzazioni sanitarie ed ospedaliere.

Al primo libro di Kaplan e Norton ne sono seguiti altri tre, che illustrano l'evoluzione delle potenzialità applicative dello strumento, il cui utilizzo si è andato nel tempo affinando, via via trasformandosi da "semplice" strumento di misurazione delle performance, a strumento di supporto alla realizzazione della strategia, secondo un percorso logico che può essere così sintetizzato:

1. individuare, per ciascuna delle prospettive di analisi che costituiscono la struttura portante del modello, poche, essenziali, aree strategiche di performance, espressione della missione e della strategia aziendale, polarizzando l'attenzione su ciò che è davvero fondamentale per la realizzazione della strategia (secondo il principio del critical few, che costituisce uno degli assiomi del modello di Kaplan e Norton);

2. definire, per ciascuna delle aree strategiche di performance, un indicatore numerico che ne costituisca la misura, sulla base di un altro principio posto a fondamento del modello: non si può governare ciò che non si sa misurare; la misurazione delle performance non sempre risulta semplice e possibile sulla base dei flussi informativi consolidati; a questo riguardo l'indicazione metodologica è quella di "rendere misurabile ciò che è importante, e non ritenere importante ciò che è misurabile";
3. fissare, per ciascuno degli indicatori che misurano le performance, il valore che tale indicatore deve tendere ad assumere, quale obiettivo strategico, precisando così quelli che nel modello di Kaplan e Norton vengono definiti target dell'azione strategica;
4. individuare, per ciascuno degli obiettivi così definiti, le azioni ritenute opportune per il suo conseguimento, chiudendo una sequenza logico operativa che trova il proprio fondamento nella preliminare individuazione di pochi indicatori di performance e nella fissazione per ciascuno di essi di un obiettivo coerente con la strategia aziendale.



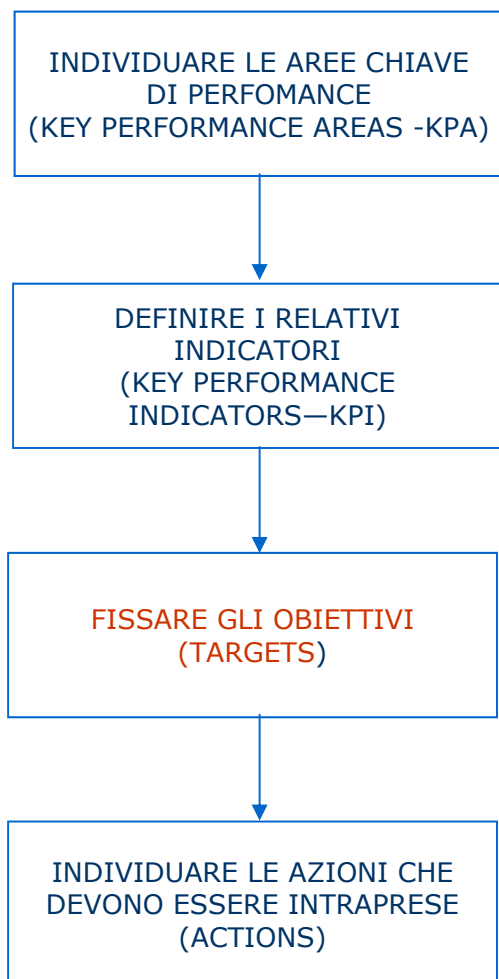
il modello logico della balanced scorecard



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Il diagramma di flusso di seguito riprodotto sintetizza il percorso logico precedentemente descritto.



Uno dei punti di forza della balanced scorecard è quello di utilizzare gli indicatori non solo e non tanto per valutare ex post i risultati raggiunti, ma prima di tutto e soprattutto per definire ex ante gli obiettivi che devono essere raggiunti, obiettivi espressi in termini quantitativi come valori che devono essere registrati da ciascuno degli indicatori inseriti nel modello.

La concreta implementazione del modello di Kaplan e Norton richiede un processo di penetrazione che deve permeare tutte le articolazioni aziendali, comprese le aree

di staff, declinando le aree strategiche ed i relativi indicatori di performance in funzione delle specificità delle singole unità operative, realizzando così un aspetto che è un altro fondamentale punto di forza del modello: l'allineamento dell'organizzazione. La balanced scorecard è efficace strumento di comunicazione della strategia aziendale, che trova nelle mappe strategiche una suggestiva ed efficace rappresentazione, rispetto alla quale tutti gli operatori sanno quali obiettivi specifici devono raggiungere e in quale misura il raggiungimento di questi obiettivi contribuisce al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Le cinque fasi di implementazione del modello di Kaplan e Norton sono sintetizzate nel diagramma di flusso di seguito riprodotto, che pone in chiara evidenza la pervasività del sistema



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Le applicazioni della balanced scorecard in aziende sanitarie italiane sono ancora oggi limitate, sia per quanto concerne il numero delle aziende che hanno sperimentato la metodologia, sia per quanto concerne la pervasività dell'implementazione, quasi sempre limitata ad ambiti circoscritti in termini spazio temporali. L'applicazione in senso assoluto più pregnante, anche se non esplicitamente ricondotta al modello di Kaplan e Norton, ma presentata come sistema multidimensionale di misurazione delle performance orientato a supportare un processo di autovalutazione e di benchmarking, è quello realizzato dalla regione Toscana, ed esteso a tutte le aziende sanitarie, sia territoriali che ospedaliere, in cui si articola il sistema sanitario regionale.

L'utilizzo di sistemi multidimensionali di misurazione delle performance come supporto a processi di programmazione e controllo costituisce la nuova frontiera dell'impegno posto in questo ambito dalle aziende sanitarie italiane, come evidenziato nel saggio "La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità" pubblicato nell'edizione 2008 del rapporto OASI. Ciò che il saggio citato pare non cogliere è la peculiarità dell'approccio BSC, che ha in sé potenzialità per molti versi inesprese.

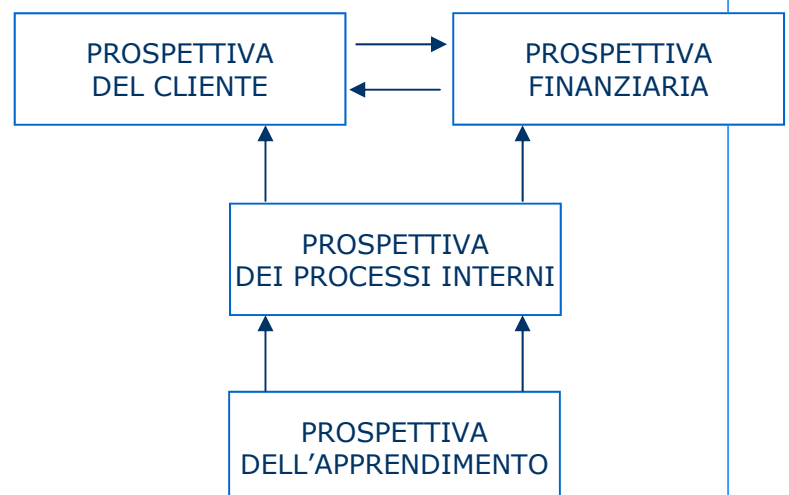
I punti di forza dell'approccio BSC sono riconducibili a tre aspetti centrali:

1. la preliminare individuazione delle aree strategiche di performance essenziali al fine della realizzazione della strategia aziendale, e dei relativi indicatori di misura, integrando indicatori di carattere economico finanziario con indicatori relativi ad altre dimensioni (nel modello originale di Kaplan e Norton quelle della clientela, dei processi interni e dell'apprendimento, più vicine alla sensibilità ed alla cultura dei professionisti

di quanto non lo siano gli indicatori economico finanziari);

2. l'allineamento di tutte le unità operative rispetto alla strategia aziendale attraverso la specificazione delle aree strategiche di performance e dei relativi indicatori di misura, che devono essere "declinati" in modo coerente con le peculiarità delle diverse articolazioni organizzative aziendali;
3. il coinvolgimento di tutti i professionisti, ciascuno dei quali deve avere consapevolezza del contributo che è chiamato a dare alla realizzazione della strategia (make strategy everyone's everyday job).

Una riflessione importante concerne la specificità che assumono i nessi causali che interconnettono le diverse prospettive di valutazione che costituiscono la struttura portante del modello nelle organizzazioni non profit rispetto alle aziende orientate al profitto. Nel caso delle organizzazioni non profit, nelle quali il fine ultimo non è produrre profitto ma rispondere al meglio alle aspettative dei propri stakeholder, la prospettiva economico finanziaria perde la propria funzione di misurazione delle capacità di realizzare valore ed assume il significato di misurazione delle capacità dell'organizzazione di assicurare l'equilibrio economico finanziario indispensabile per realizzare efficacemente il proprio mandato istituzionale.





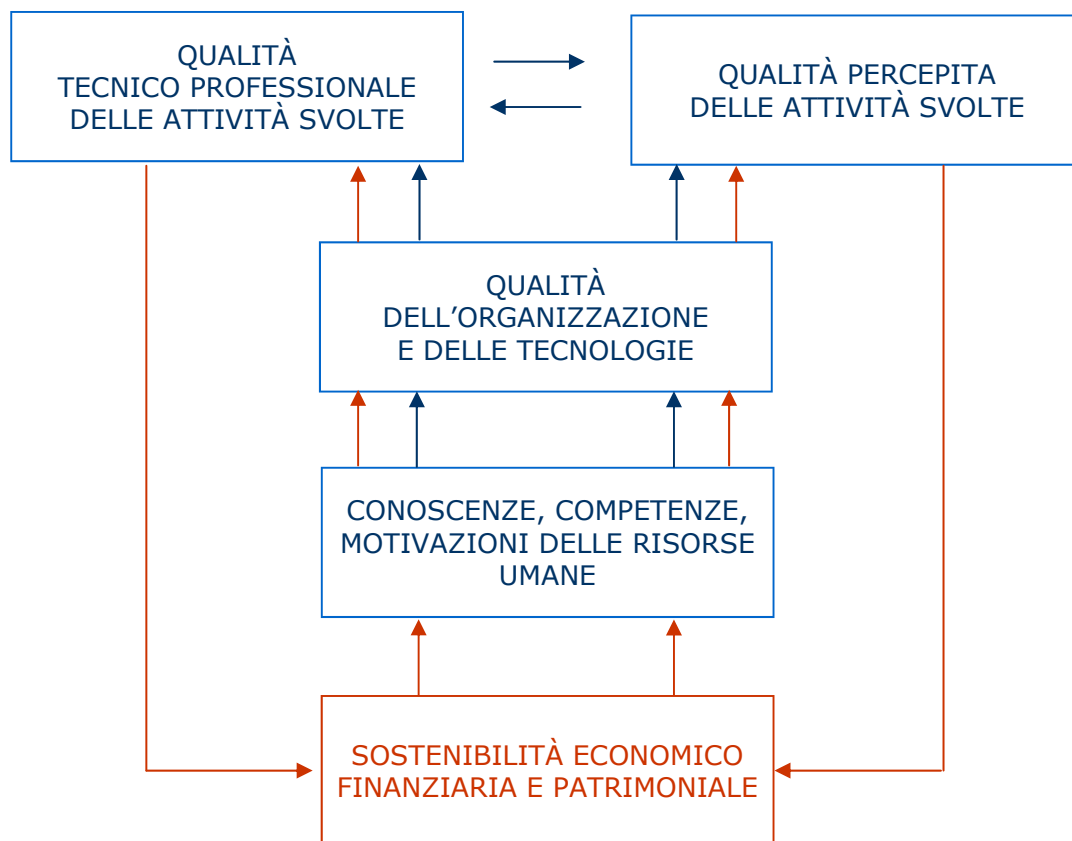
PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Per quanto concerne in particolare la scelta delle prospettive di valutazione gli stessi ideatori della balanced scorecard precisano che anche se le quattro prospettive da essi introdotte nel modello ricomprendono al proprio interno l'insieme delle variabili alle quali sono riconducibili le performance di una qualsiasi impresa, nell'implementazione del modello possono essere inserite dimensioni diverse, più specifiche, sempre comunque rispettando il principio di concentrare l'attenzione su pochi fatti essenziali, per non disperdere energie che devono essere polarizzate su pochi e chiari obiettivi, per creare quello che Kaplan e Norton definiscono "effetto laser".

Su questi presupposti è stato sviluppato un percorso che dopo aver richiamato i presupposti concettuali della metodologia ed analizzato i risultati conseguiti dall'applicazione nel contesto sanitario, con particolare attenzione all'esperienza della Regione Toscana, ha portato ad individuare cinque prospettive di analisi, sostanzialmente sovrapponibili a quelle inserite nel modello di valutazione delle performance implementato nel servizio sanitario regionale toscano.

Le prospettive di analisi individuate sono indicate nel diagramma qui riprodotto, formulate in modo che siano declinabili sia nell'area della ricerca che in quella dell'assistenza, tenendo conto dei contenuti specifici delle stesse.





PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

PROSPETTIVE, AREE STRATEGICHE E INDICATORI CHIAVE DI PERFORMANCE

Per ciascuna delle prospettive prescelte sono state individuate le aree chiave di performance ed i relativi indicatori di misura, a livello dell'Istituto nel suo complesso. Il risultato del percorso seguito, sintetizzato nella tavola qui riprodotta,

costituisce una piattaforma sulla quale innescare un processo che già dal prossimo esercizio potrebbe supportare il processo di budgeting, collegando in modo organico missione, valori e strategia della Fondazione alla gestione della stessa.

PROSPETTIVE	AREE STRATEGICHE	INDICATORI
A) qualità tecnico professionale delle attività svolte	A1) qualità tecnico - scientifica dei professionisti	A1.1) impact factor (grezzo e normalizzato)
		A2.1) numero di interventi su invito a convegni internazionali
	A2) sviluppo e certificazione di linee guida interne	A2.1) numero linee guida diagnostico, terapeutiche e riabilitative sviluppate e certificate negli ultimi 5 anni
	A3) implementazione di linee guida nazionali e internazionali	A3.1) numero linee guida diagnostico, terapeutiche e riabilitative implementate negli ultimi 5 anni
	A4) aggiornamento costante della dotazione strumentale	A4.1) tasso di obsolescenza tecnologica
		A4.2) percentuale di investimenti in nuove apparecchiature
	A5) appropriatezza	A5.1) case-mix
		A5.2) Percentuale di interventi che potrebbero essere effettuati, secondo linee guida nazionali e regionali, in un regime assistenziale di minor impatto economico
	A6) efficacia	A6.1) percentuale di ricoveri ripetuti
		A6.2) percentuale di cicli riabilitativi ripetuti oltre tre anni di durata complessiva
		A6.3) Percentuale di ricoveri a scopo diagnostico con durata superiore a 15 giorni
		A6.4) Percentuale di ricoveri a scopo riabilitativo con durata inferiore a 30 giorni



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

PROSPETTIVE, AREE STRATEGICHE E INDICATORI CHIAVE DI PERFORMANCE

PROSPETTIVE	AREE STRATEGICHE	INDICATORI
A) qualità tecnico professionale delle attività svolte	A7) trasferimento nella pratica clinica dei risultati della ricerca	A7.1) impact factor dei lavori scientifici a ricaduta assistenziale
	A8) integrazione con i servizi territoriali in una logica di continuità assistenziale	A8.1) numero di contatti, per ogni paziente in carico, con famiglia, scuola e istituzioni in genere
B) qualità percepita delle attività svolte	B1) informazione	B1.1) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario di soddisfazione che afferiscono a questa area
	B2) accoglienza	B2.1) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario di soddisfazione che afferiscono a questa area
	B3) comunicazione	B3.1) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario di soddisfazione che afferiscono a questa area
	B4) comfort ambientale	B4.1) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario di soddisfazione che afferiscono a questa area
C) qualità dell'organizzazione e delle tecnologie	C1) clima interno: comunicazione e motivazione	C1.1) tasso di risposta al questionario sul clima interno
		C1.2) tasso di assenteismo
		C1.3) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario sul clima interno relative all'organizzazione
		C1.4) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario sul clima interno relative alle relazioni
		C1.5) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario sul clima interno relative alle risorse attribuite
	C2) garanzia del rispetto degli standard di sicurezza (gestione del rischio)	C2.1) incidenza di infortuni



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

PROSPETTIVE, AREE STRATEGICHE E INDICATORI CHIAVE DI PERFORMANCE

PROSPETTIVE	AREE STRATEGICHE	INDICATORI
C) qualità dell'organizzazione e delle tecnologie	C2) garanzia del rispetto degli standard di sicurezza: (gestione del rischio)	C2.2) incidenza della formazione specifica sulla formazione complessiva
		C2.3) incidenza di eventi sentinella sul numero di casi trattati
		C2.4) incidenza di eventi avversi sul numero di casi trattati
	C3 gestione efficiente delle risorse disponibili	C3.1) durata media del trattamento rispetto agli standard previsti
		C3.2) tasso occupazione
		C3.3) indice di rotazione
D) conoscenze, competenze e motivazioni delle risorse umane	D1 – investimenti nell'area della formazione	D1.1) incidenza percentuale dei costi sostenuti per formazione (interna ed esterna) e costi complessivi del personale
		D1.2) rapporto tra crediti ECM maturati e crediti attesi
E) sostenibilità economico finanziarie e patrimoniali	E1 - sostenibilità economica	E1.1) indice di sostenibilità economica generale
		E1.2) indice di sostenibilità economica caratteristica
		E1.3) rapporto tra volume complessivo dei finanziamenti e numero di ricercatori
		E1.4) costo medio per punto di impact factor
	E-2 sostenibilità patrimoniale	E2.1) indice di disponibilità
		E2.2) tempi medi di pagamento

