

linee guida per la valutazione economica

3

linee guida per la valutazione economica

- _Principi guida del modello di controllo
- _Evoluzione del controllo di gestione



Il capitolo si propone di definire i principi guida di un efficace sistema di controllo di gestione e di valutazione economica del nuovo modello di Ospedale. Si discosta dall'approccio tradizionale al tema basato sul classico manuale di controllo di gestione, per individuare una "quick reference", ovvero una "guida operativa" che, facendo tesoro delle applicazioni finora sperimentate nella realtà, possa fornire alcuni semplici consigli non solo per elaborare un buon modello ma soprattutto per consentirne un effettivo utilizzo all'interno della azienda-ospedale.

L'esperienza dei sistemi di controllo di gestione già presenti nelle realtà sanitarie dimostra infatti che spesso ci si sofferma eccessivamente sull'elaborazione di strumenti – anche raffinati – di controllo, trascurando però le modalità operative attraverso le quali renderli efficaci verso i responsabili interni dell'Ospedale, soprattutto perché, nella maggior parte di questi casi, non vengono individuati idonei strumenti per la fase di avvio e gestione degli interventi correttivi.

Per questo motivo, il documento è strutturato in modo tale da:

- ✓ ripercorrere rapidamente gli aspetti principali dei principi guida e della metodologia di supporto nell'introduzione di un efficace modello di controllo di gestione;
- ✓ enfatizzare, per ogni componente, alcuni punti chiave per l'applicazione operativa degli strumenti individuati all'interno del nuovo modello di Ospedale.

Il capitolo si conclude poi con la presentazione di alcune delle principali evoluzioni nel controllo di gestione delle realtà sanitarie, che riguardano aspetti diversi, in termini di processi, organizzazione e sistemi informativi.

_Principi guida del modello di controllo

I principi guida del modello di controllo discendono direttamente dal “decalogo” del nuovo modello di Ospedale.

Nel quadro seguente abbiamo declinato alcuni dei principi del decalogo in termini di aspetti generali che dovranno caratterizzare il modello di controllo ospedaliero e di possibili strumenti operativi.

DECALOGO		
PRINCIPI GUIDA MODELLO DI CONTROLLO	CARATTERISTICHE GENERALI DEL MODELLO DI CONTROLLO	POSSIBILI STRUMENTI
1. UMANIZZAZIONE	monitora l'organizzazione e l'utilizzo delle risorse in funzione del paziente	Pianificazione e controllo delle attività e delle risorse per categorie di utenti (case management)
2. URBANITÀ	Non applicabile	Non applicabile
3. SOCIALITÀ	Non applicabile	Non applicabile
4. ORGANIZZAZIONE	Finalizzato al raggiungimento di obiettivi di efficacia ed efficienza	Indicatori di efficacia e di efficienza (es. indice case mix, n. dimessi/medici o infermieri...)
5. INTERATTIVITÀ	Non applicabile	Non applicabile
6. APPROPRIATEZZA	Finalizzato a minimizzare fenomeni di inappropriatazza dei ricoveri	Indicatori specifici (es. ricoveri chirurgici brevi/ricoveri totali...)
7. AFFIDABILITÀ	Focalizzato sul controllo dell'attività clinica e dei risultati	Indicatori clinici differenziati per specialità Indicatori del monitoraggio dei reclami/rimborsi Customer Satisfaction Survey
8. INNOVAZIONE	Valuta l'azienda nel suo complesso, la sua capacità di sviluppo e di miglioramento	Balanced Score Card (area Innovazione e Apprendimento)
9. RICERCA	Finalizzato a controllare lo sviluppo di nuovi progetti	Balanced Score Card (area Innovazione e Apprendimento)
10. FORMAZIONE	Finalizzato a controllare e favorire l'aggiornamento continuo delle risorse umane	Balanced Score Card (area Innovazione e Apprendimento)

Il modello avrà dunque come principali linee ispiratrici, i seguenti punti chiave:

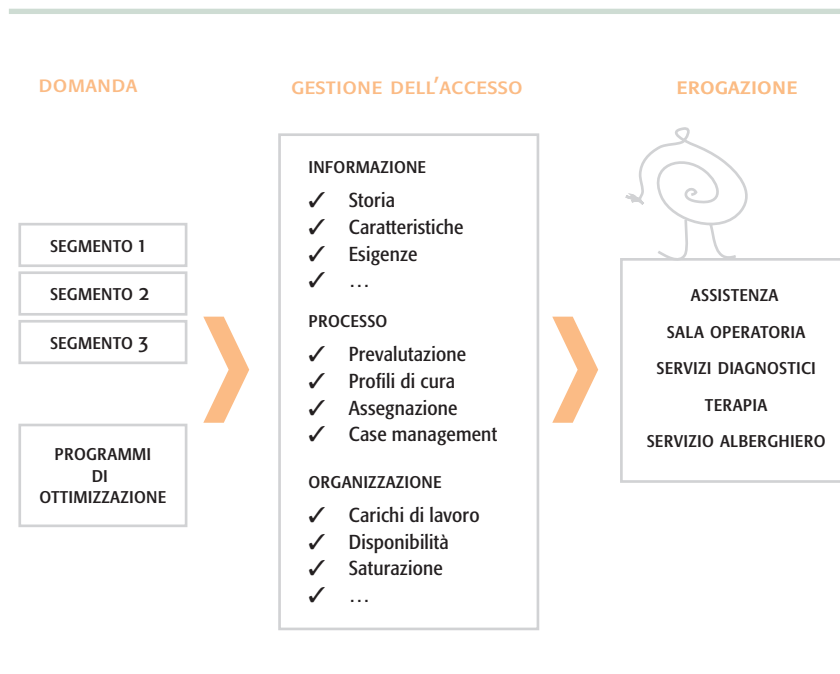
1) l'analisi è focalizzata su paziente e/o fasce di pazienti.

L'elemento chiave del nuovo modello di funzionamento è la centralità del paziente. A questo scopo, il modello di controllo di gestione sarà finalizzato a:

- ✓ consentire un'efficace interazione fra struttura ospedaliera e paziente attraverso la formulazione "a priori" di protocolli di cura condivisi per i casi più significativi (più frequenti o più rilevanti dal punto di vista clinico);
- ✓ gestire "per eccezione" i casi che presentano particolarità (case management).

Come rappresentato nella figura che segue, il modello sarà dunque costruito in modo tale da:

- ✓ raccogliere ogni informazione utile sul paziente già al momento del suo primo contatto con la struttura in modo da studiare al meglio le caratteristiche della domanda anche attraverso tecniche di segmentazione;
- ✓ gestire il momento dell'accesso, raccogliendo informazioni di dettaglio sul paziente che accede alla struttura in termini di storia clinica, caratteristiche, esigenze, e assegnandolo, se possibile, a un profilo di cura già predefinito. L'assegnazione sarà utile per monitorare l'organizzazione di tutte le risorse interne dell'Ospedale (carichi di lavoro, disponibilità spazi, capacità attrezzature...) impiegate al soddisfacimento delle esigenze del paziente. Nei casi in cui ciò non sia possibile, sarà compito del Case Manager gestire informazioni non strutturate per verificare e monitorare quanto possibile l'utilizzo delle risorse, partecipando eventualmente alla definizione di alternative terapeutiche;
- ✓ supportare il momento dell'erogazione della prestazione, affinché sia controllata l'efficace integrazione del "pacchetto di servizi" (assistenziali, diagnostici, terapeutici, alberghieri, operatori, altro) richiesto dal profilo del paziente.



2) il modello è basato su un sistema di indicatori di efficacia, efficienza e clinici per controllare gli aspetti caratterizzanti il nuovo Ospedale. Il sistema di indicatori è lo strumento più sintetico e immediato per monitorare l'andamento di una azienda e quindi la definizione del modello richiede particolare attenzione nella scelta degli indicatori chiave che dovranno essere coerenti con gli obiettivi strategici aziendali. Nel caso specifico il sistema degli indicatori dovrà consentire – prima di tutto – il monitoraggio dei principi guida dell'Ospedale modello in termini di:

- ✓ **umanizzazione**, attraverso ad esempio la rilevazione e il monitoraggio di indicatori quali numero reclami/giorno-mese-anno, tempi di risposta centro accoglienza/call center, numero chiamate evase con esito positivo/numero chiamate per un determinato intervallo di tempo;
- ✓ **organizzazione**, attraverso i classici indicatori di efficacia/efficienza;
- ✓ **appropriatezza**, attraverso indicatori specifici tra quelli, ad esempio, proposti a livello di direzioni sanitarie regionali;
- ✓ **affidabilità**, con indicatori specifici e differenziati per specialità.

Per maggiori dettagli relativi alla metodologia di identificazione del sistema degli indicatori, si rimanda al paragrafo specifico.

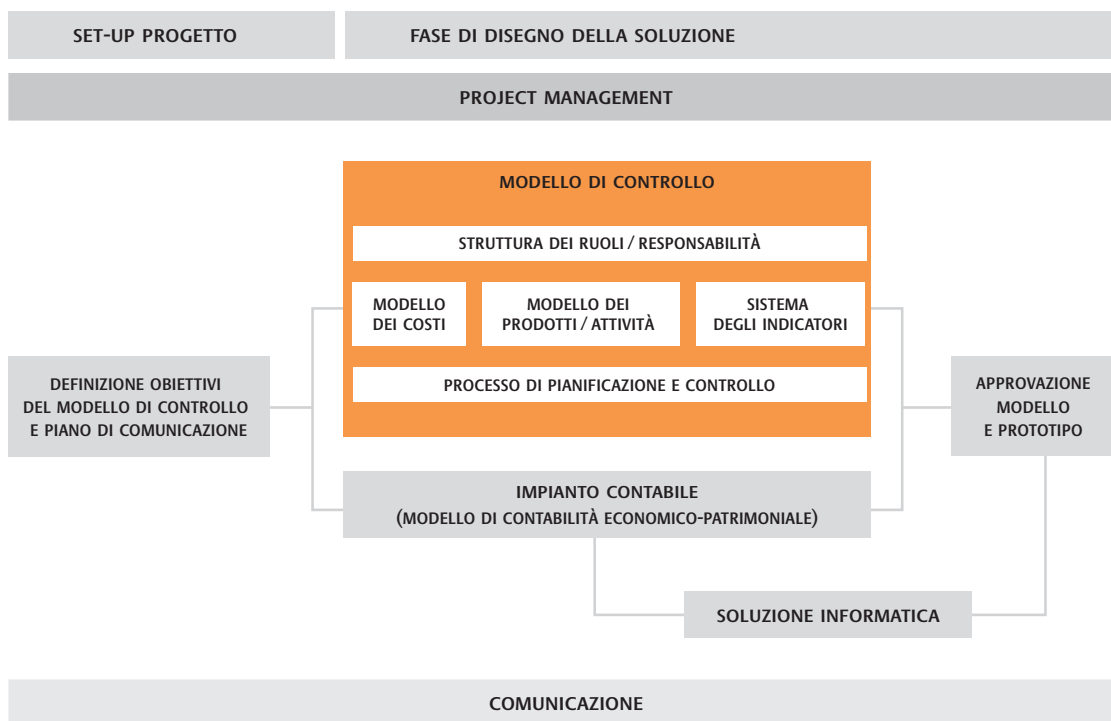
3) il modello non si limita alla sola analisi delle performance economico-finanziarie, ma comprende tutti i fattori chiave per il monitoraggio del sistema (innovazione, ricerca, formazione, altro). A questo scopo è particolarmente adatto l'utilizzo di strumenti del tipo Balanced Score Card, ovvero cruscotti aziendali che consentono una visione di sintesi e a 360 gradi dell'andamento aziendale, superando la visione eccessivamente concentrata sugli aspetti economico/finanziari o su dati di attività, tipica dei modelli di controllo più tradizionali. Alcuni esempi di Balanced Score Card sono riportati in appendice al capitolo.

Nei paragrafi che seguono vengono meglio specificati la metodologia a supporto della introduzione di un modello di controllo in ospedali ad alta tecnologia ed assistenza.

__METODOLOGIA PER L'INTRODUZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE

La metodologia proposta per il disegno e l'avvio di un modello di controllo di gestione integrato con la contabilità economico patrimoniale si riallaccia alla *Business Integration Methodology*, metodologia proprietaria orientata a fornire metodi, tecniche, strumenti, prodotti e competenze specifiche per la gestione di progetti complessi.

La metodologia indirizza il disegno della soluzione, articolandola nelle componenti illustrate nella figura seguente.



RISULTATI		
<ul style="list-style-type: none"> Definizione obiettivi del modello Piano di comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> Impianto contabile Mappa della struttura di responsabilità Modello dei costi Modello delle attività Sistema degli indicatori definito Processo di pianificazione e controllo Struttura del reporting 	<ul style="list-style-type: none"> Modello di controllo approvato Soluzione informatica

Una parte rilevante della fase di disegno è rappresentata dalla definizione del modello di controllo, preceduta dalla impostazione degli obiettivi e dalla stesura di un piano di comunicazione allo scopo di diffondere obiettivi e aspetti chiave del modello all'interno dell'Ospedale.

La definizione del modello deve innanzitutto tener conto delle modalità con cui i dati di costo e di risultato vengono rilevati, in quanto questi rappresentano la fonte informativa cui il controllo attinge.

Il sistema contabile di tipo economico, oltre a essere previsto dalla attuale normativa per le aziende ospedaliere, risponde meglio alle diverse esigenze di analisi e di valutazione della gestione e rappresenta lo *strumento di base per l'applicazione del controllo di gestione*.

Occorre poi declinare il modello di controllo in tutte le sue componenti, rappresentate nel dettaglio seguente:



STRUTTURA DEI RUOLI E DELLE RESPONSABILITÀ

Il primo passo da compiere per l'introduzione di un modello di controllo di gestione consiste nella definizione del piano dei centri di responsabilità, sulla base dei seguenti criteri:

- ✓ **esistenza di una responsabilità chiara e univoca** rispetto allo svolgimento di un insieme di attività tipiche. In altri termini, responsabilità formali non chiare (ad esempio per sovrapposizione di competenze) devono trovare un'adeguata specificazione nel piano dei centri di responsabilità ai fini del budget. La duplicità delle responsabilità rischia di creare scarsa chiarezza e trasparenza nella individuazione degli attori incaricati di definire gli obiettivi e di gestire le risorse per il raggiungimento di tali obiettivi. Occorre perciò, per ogni centro, definire una responsabilità univoca distinguendo la responsabilità di gestione dalla mera responsabilità di rilevazione dei dati gestiti in quel centro;
- ✓ **rilevanza quantitativa di un gruppo di attività e di risorse:** il centro di responsabilità si identifica ove ci siano delle risorse rilevanti e/o significativamente strategiche (personale, attrezzature...) e un responsabile incaricato della gestione di tali risorse;
- ✓ **presenza di un reale spazio di autonomia gestionale:** nello svolgimento delle attività il responsabile controlla tipologie significative di variabili che possono incidere sulla quantità e/o sulla qualità dei risultati e/o sul consumo delle risorse.

I centri di responsabilità aggregano a loro volta unità organizzative elementari a livello delle quali si generano costi, ricavi, attività (centri di costo, di ricavo, o di attività). Un centro di costo è la minima unità contabile di raggruppamento dei costi. Può corrispondere a un reparto, a una parte di reparto, a un gruppo di attrezzature, o addirittura a una sola attrezzatura. Quanto il centro di costo corrisponde a un'unità organizzativa aziendale che ha a capo un responsabile, si parla di centro di responsabilità. Ai fini del controllo, è importante avere la coincidenza tra centri di costo e di responsabilità. Tali centri possono essere classificati in:

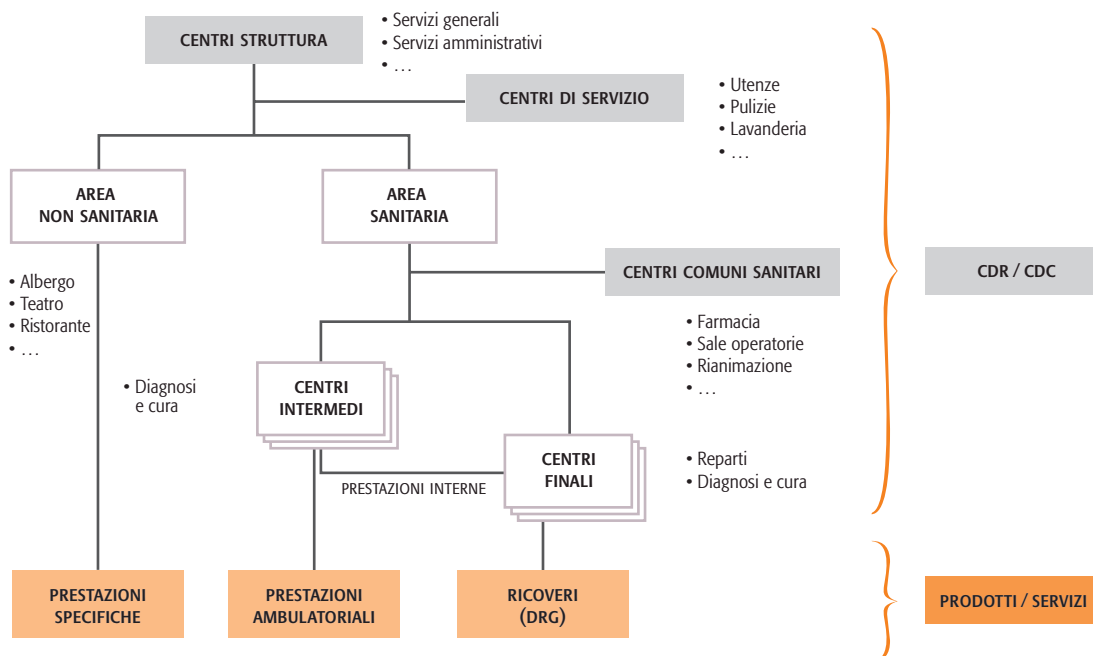
✓ **centri finali:** entità che svolgono un'attività direttamente finalizzata alla produzione, come reparti e servizi diagnostico-terapeutici per attività diretta all'utente finale (ambulatori). Accolgono tipicamente costi e ricavi e la responsabilità assegnata è relativa a un margine di conto economico del centro. Secondo la natura dell'attività svolta, possono essere sanitari o non sanitari;

✓ **centri intermedi:** entità che forniscono prestazioni a centri finali (servizi diagnostico-terapeutici per attività diretta ai reparti). Accolgono tipicamente costi e ricavi per prestazioni interne, valorizzati sulla base di un "prezzo di trasferimento";

✓ **centri di servizio:** centri di costo che accolgono costi diretti e indiretti e che allocano costi ad altri centri in base a driver/quantità richiesta per tariffa (costi per utenze, pulizie, lavanderia e guardaroba, altri);

✓ **centri di struttura:** entità che svolgono un'attività non direttamente connessa a quella produttiva, ma di interesse generale di tutte le attività elementari. Accolgono tipicamente costi; la responsabilità assegnata è legata all'utilizzo ottimale delle risorse assegnate. Appartengono a questa categoria: servizi generali, sistemi informativi, controllo di gestione, ragioneria, economato, altri;

✓ **centri sanitari comuni:** entità che rilevano i costi necessari a supportare l'attività di più centri, che svolgono attività sanitaria. Si tratta generalmente di direzioni e centri di coordinamento o di centri di supporto a "classi" di centri di costo (i servizi sanitari quali farmacie, centro prelievi, sale operatorie, rianimazione, che accolgono i costi relativi a più centri di costo sanitari). I relativi costi possono essere attribuiti ai centri utenti sulla base di driver di utilizzo effettivo (es. sala operatoria) ovvero di criteri di ribaltamento predefiniti.



Il piano dei centri di responsabilità deve essere ben strutturato e dettagliato in modo da consentire la responsabilizzazione degli operatori e una agevole allocazione dei costi, ma nello stesso tempo non deve essere troppo analitico per evitare che il costo di rilevazione dei dati sia maggiore del beneficio generato.

Occorrerà inoltre tenere conto, nel piano dei centri di costo del nuovo modello di Ospedale, della distinzione tra aree dedicate ad attività sanitaria, e aree non sanitarie (ristorante, albergo, teatro), considerate le diverse finalità ai fini del controllo di gestione.

MODELLO DEI COSTI

Nella fase di definizione del modello dei costi sono individuate tutte le voci di costo che saranno oggetto del controllo. In questa fase, coerentemente con il principio della rilevanza, si possono seguire alcuni criteri guida nell'identificazione degli oggetti del controllo:

- ✓ incidenza percentuale della voce sul totale dei costi
- ✓ possibilità di controllo del costo
- ✓ significatività strategica del costo
- ✓ costo di rilevazione delle informazioni/beneficio derivante dal monitoraggio.

Le voci di costo possono essere classificate, oltre che con riferimento alle tipologie di fattori produttivi impiegate, anche in relazione a elementi che possono assumere particolare significato per le decisioni (costi diretti/indiretti, fissi/variabili, controllabili/non controllabili).

Individuate le tipologie di costo da monitorare, occorre sviluppare specifici punti di approfondimento relativamente a:

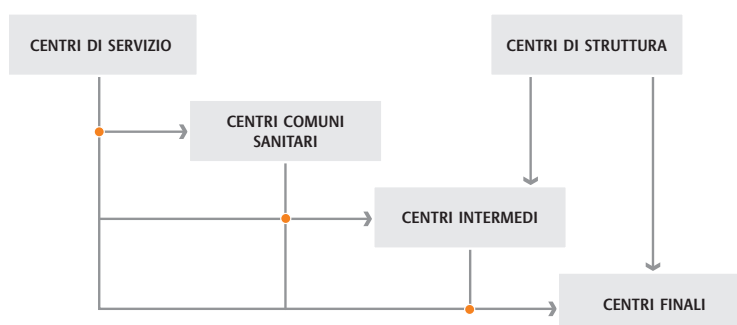
- ✓ individuazione delle fonti di alimentazione dei dati elementari
- ✓ valorizzazione delle risorse (modalità di calcolo standard o a consuntivo, altro)
- ✓ adozione di criteri di attribuzione/ribaltamento dei costi e relativi driver
- ✓ mappatura specifica dei centri di costo rispetto agli oggetti da controllare.

Gli oggetti del controllo possono inoltre essere rilevati secondo differenti viste logiche (costi totali a livello azienda, per centro di costo, costo di prodotto/servizio, costi di processo, costi per profilo di cura).

Le diverse viste logiche comportano l'osservazione dei fenomeni economico-gestionali per diverse tipologie di oggetti:

Vista logica	Oggetto
Generale	Azienda
Responsabilità	Struttura organizzativa
Prodotto/servizio	Linee prodotto/servizio
Processi	Specifici flussi attività
Classi di pazienti	Profili di cura

La vista logica individuata comporta la definizione di specifici meccanismi di ribaltamento dei costi dei centri (in figura è riportato un esempio di ribaltamento “a cascata”) e la definizione dei criteri di ribaltamento dei costi tra i centri.



Un esempio di criteri di ribaltamento delle voci di costo tra i centri:

CENTRI ORIGINE		CRITERIO DI RIBALTAMENTO
CENTRI DI SERVIZIO	Utenze telefoniche	Personale
	Energia elettrica	Superficie
	Gestione calore	Superficie
	Cucina e mensa	n. pasti erogati
		gg degenza x 2 + n. dipendenti
	Lavanderia e guardaroba	n. capi lavati/gg degenza
	Pulizia e sanificazione	superficie
	Acqua	n. dipendenti
		gg degenza

...	...	
CENTRI COMUNI SANITARI	Farmacia	Numero scarichi/valore scaricato
	Sala operatoria	Ore seduta operatoria
	Rianimazione	gg degenza in rianimazione
	CUP	n. prestazioni ambulatoriali
	Accettazione	n. ricoveri ordinari e dh

...	...	

Il modello dei costi deve rispecchiare l'effettiva rilevanza dei fattori produttivi oggetto del controllo. Per l'Ospedale modello, occorrerà tenere conto delle scelte di esternalizzazione dei servizi che incideranno sulla classificazione e sulla valorizzazione delle voci di costo. È inoltre importante identificare specifici driver per l'allocazione dei costi, tenendo conto della vista logica di interesse per l'osservazione dei fenomeni (ad esempio paziente o fasce di pazienti come oggetto di controllo nel caso specifico di un ospedale che abbia come suo obiettivo strategico prioritario l'umanizzazione e la centralità del paziente).

MODELLO DEI PRODOTTI E DELLE ATTIVITÀ

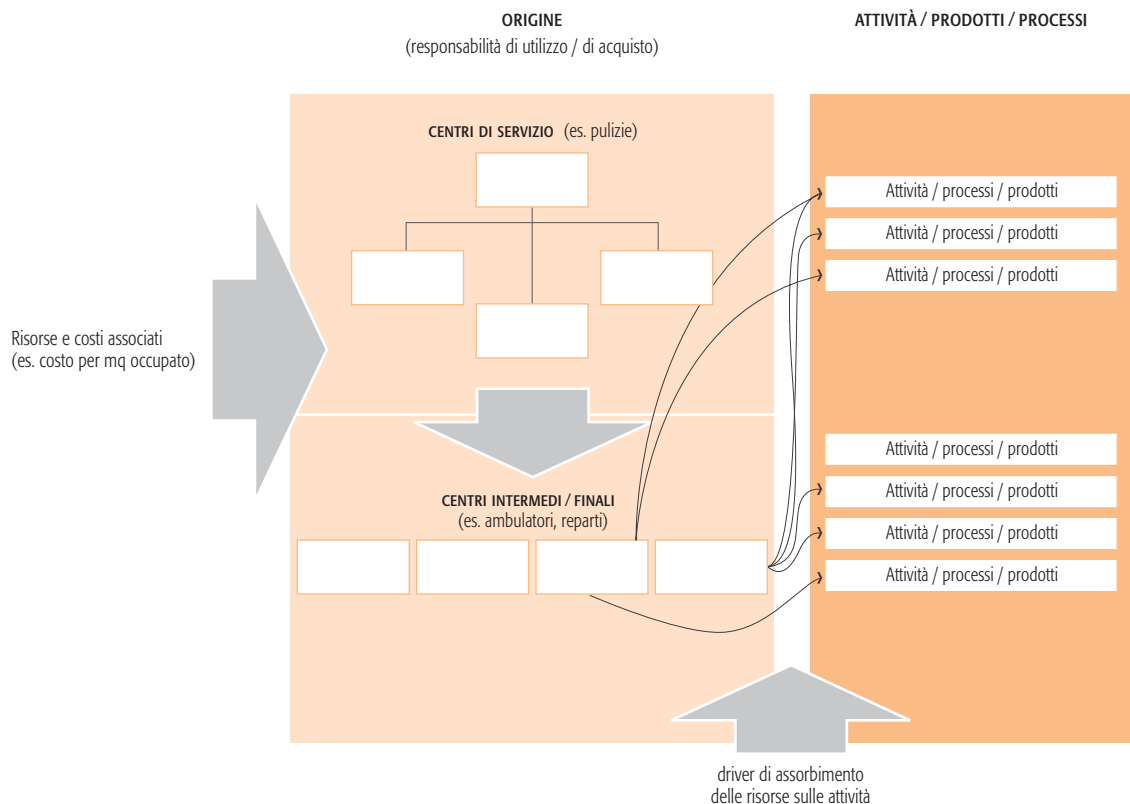
Il modello dei prodotti richiede l'identificazione dei prodotti/servizi svolti dai singoli centri di costo. In questa fase, si prenderà come riferimento principale, lo specifico case-mix ipotizzato per il nuovo modello di Ospedale, e saranno identificate le principali classi di prestazioni da rilevare ai fini del controllo.

Alcuni principi generali proposti per definire il grado di rilevanza sono:

- ✓ assorbimento di risorse
- ✓ controllabilità dell'output
- ✓ strategicità dell'output.

Nel caso si scegliesse di adottare un modello di rilevazione dei costi per attività (Activity Based Costing), il modello deve essere dettagliato, specificando le singole attività necessarie alla generazione di ogni prodotto/prestazione. Infatti, l'applicazione delle cosiddette "metodologie activity" – quali l'Abc – comporta il calcolo del costo pieno di prodotto passando attraverso la determinazione dei costi delle attività aziendali: la mappatura puntuale delle attività assume perciò in questi casi un'importanza fondamentale. Occorre precisare che, in questi casi, non esistono indicazioni e modalità precise per l'individuazione delle attività: il criterio più utilizzato nelle pratiche aziendali sinora rilevate appare essere la significatività e rilevanza dell'assorbimento di risorse con riferimento all'entità dei costi di un prodotto.

MAPPA DELLE ATTIVITÀ / PROCESSI E RELAZIONI CON I PRODOTTI

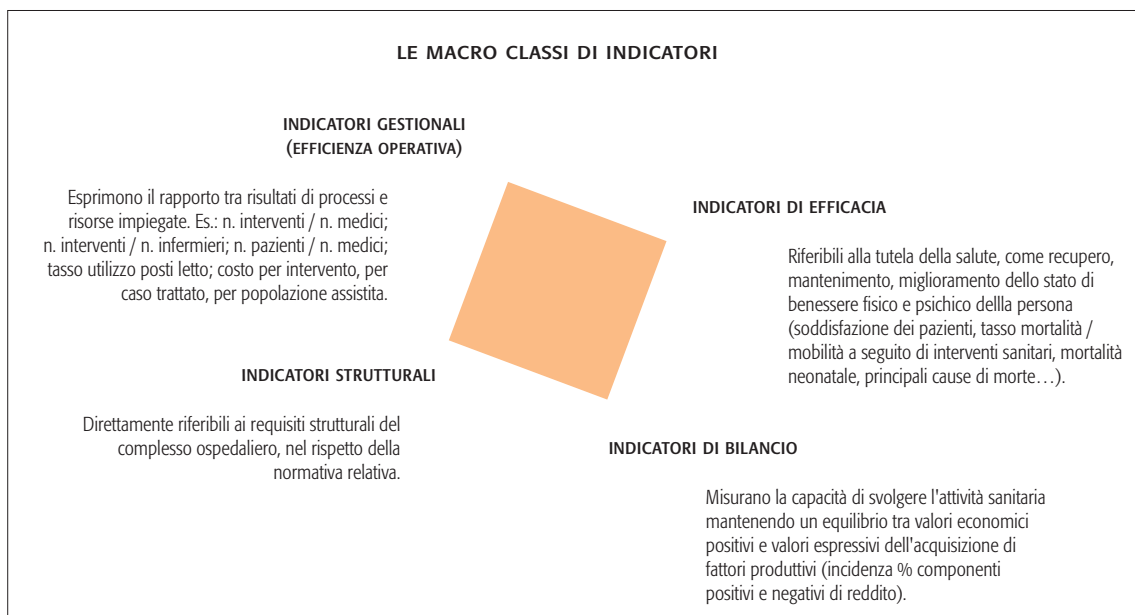


Il modello dei prodotti e delle attività dovrà tenere conto della natura dei prodotti e servizi svolti dall'Ospedale modello, distinguendo quelle relative al "core business" (degenza – ordinaria e in day hospital – e attività ambulatoriale) da altre attività collaterali (albergo, teatro, ristorante, ecc.). Il modello di controllo dovrà infatti consentire un monitoraggio specifico per tipologia di prodotti/servizi/profili di cura ed eventualmente per attività (metodologia Activity Based Costing) secondo gli specifici obiettivi strategici dell'Ospedale.

__ SISTEMA DEGLI INDICATORI

Il "sistema degli indicatori" sintetizza tutti gli indicatori da utilizzare nel controllo di gestione.

Gli indicatori rappresentano una variabile a elevato contenuto informativo e consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi, fornendo gli elementi sufficienti a orientare le scelte di pianificazione e programmazione sanitaria.



Tali indicatori devono essere individuati specificatamente per i diversi livelli organizzativi (azienda, centro di responsabilità, centro di costo) poiché risentono degli obiettivi strategici/di controllo delle singole unità organizzative.

La metodologia prevede che gli indicatori siano definiti in modo da rispettare i seguenti principi:

- ✓ **significatività:** devono essere collegati agli obiettivi strategici e ai fattori critici di successo;
- ✓ **rilevanza:** devono poter essere raccolti con un costo ragionevole rispetto agli obiettivi;

- ✓ **controllabilità:** è possibile intervenire per raggiungere valori obiettivo;
- ✓ **misurabilità:** devono essere oggettivamente misurabili con i dati disponibili;
- ✓ **comprensibilità:** devono essere semplici, facili da capire e da comunicare;
- ✓ **confrontabilità:** devono essere confrontabili sull'asse dei tempi, per livelli organizzativi e rispetto a realtà analoghe.

Nel caso del nuovo modello di Ospedale, in quanto ospedale polispecialistico, per quanto concerne gli indicatori di efficacia, è possibile identificare un set minimo di indicatori per ogni specialità o per aree di intervento integrate. Tali indicatori sono esplicitati dalla comunità scientifica o possono essere definiti con riferimento alla pratica medica o all'esperienza di chi opera sul campo. Tuttavia nei casi in cui l'elevato numero di specialità generasse un elevato numero di indicatori a livello complessivo di azienda, può essere utile adottare un sistema di controllo basato sul decentramento delle responsabilità, delegando dunque l'analisi e il controllo di indicatori più specifici a livelli inferiori, compatibilmente con il modello organizzativo adottato.

Per ciascun indicatore è inoltre opportuno definire il seguente set minimo di informazioni:

- ✓ denominazione sintetica dell'indicatore;
- ✓ oggetto misurato e dettaglio dei suoi contenuti;
- ✓ formula per il calcolo;
- ✓ natura, ovvero se si tratta di un indicatore di attività, di efficienza o di efficacia;
- ✓ intervallo temporale di riferimento per la rilevazione.

Il sistema degli indicatori non deve essere particolarmente complesso e nella sua articolazione si dovrà tenere conto soprattutto di criteri di rilevanza, misurabilità effettiva, capacità di orientare le decisioni, consenso e condivisione del significato degli indicatori stessi. In particolare nel caso del nuovo modello di Ospedale dovrà essere orientato al monitoraggio dei principi guida contenuti nel decalogo.

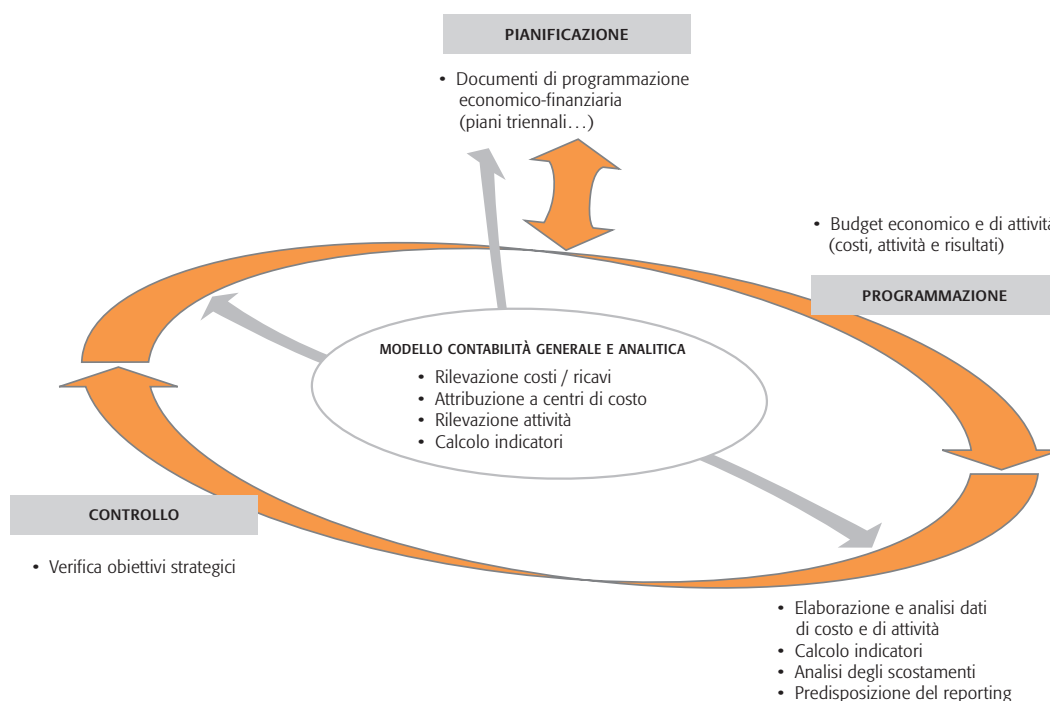
PROCESSO DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO

Il processo di pianificazione e controllo è finalizzato a fornire supporto ai processi decisionali effettuati ai diversi livelli di responsabilità dell'azienda.

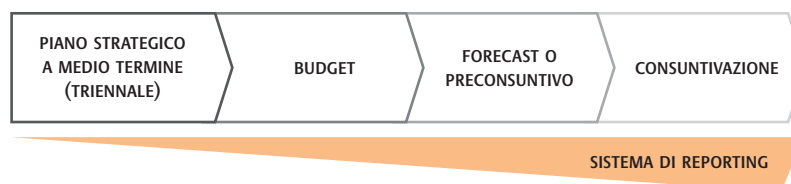
Esso include tutte le attività che devono essere svolte dai vari soggetti coinvolti per fissare gli obiettivi aziendali in termini di efficienza e di efficacia, rilevare le risorse effettivamente utilizzate e i risultati ottenuti durante lo svolgimento della gestione e, infine, misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Nell'esposizione successiva il processo è descritto nelle sue fasi: Pianificazione, Programmazione e Controllo, esponendo ruoli, responsabilità e tempistica dei flussi informativi.

I principali risultati del ciclo di pianificazione e controllo sono:



- ✓ **piano strategico a medio termine (triennale):** trova i suoi presupposti nella situazione consuntiva e nel budget dell'anno base di partenza del piano;
- ✓ **budget economico:** può rappresentare il primo anno del piano strategico o in alternativa può essere una revisione del primo anno del piano strategico;
- ✓ **forecast o preconsuntivo:** rappresenta una proiezione a fine anno in cui si parte dai dati progressivi consuntivi e si aggiungono le previsioni relative ai mesi a finire, e rappresenta pertanto una proiezione più aggiornata del budget, in quanto formulata in corso di esercizio;
- ✓ **consuntivo:** rappresenta la situazione mensile, trimestrale, semestrale, annuale dei costi e dei ricavi derivati dalla contabilità analitica; dal confronto fra budget e consuntivo possono essere individuati gli scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati.



Agli strumenti si aggiunge il processo di controllo operativo, cioè il controllo che viene effettuato in azienda *day by day*, e che consente di prendere decisioni più tempestive.

_pianificazione La pianificazione costituisce la fase iniziale del processo di pianificazione e controllo per l'amministrazione dal momento in cui l'alta direzione, con il supporto dell'ufficio di controllo di gestione e sulla base delle risultanze gestionali dell'anno precedente, definisce le strategie e le linee guida per l'ospedale, e i documenti programmatici di riferimento (piano triennale, relazione sanitaria, altro).

_programmazione Il percorso di programmazione, che si declina innanzitutto nella predisposizione del budget, prevede le seguenti fasi operative:

- ✓ **definizione delle linee strategiche:** stesura degli obiettivi strategici da parte del vertice aziendale, a guida della gestione degli anni successivi;
- ✓ **sviluppo della prima proposta di budget:** i responsabili dei centri preparano la prima proposta di budget in collaborazione con l'ufficio controllo di gestione, sulla base dello storico e delle indicazioni strategiche. In questa fase è di fondamentale importanza disporre dei dati di chiusura della contabilità analitica, al fine di avere dati significativi e assestati, che costituiscono un elemento di confronto basilare per realizzare previsioni sufficientemente attendibili. A ciascun responsabile vengono fornite schede di budget che presentano dati storici (anno precedente), dati previsionali e relative variazioni, in termini economici, qualitativi e quantitativi (produzione, fattori produttivi – quali personale, consumi di materiali, ammortamenti di attrezzature – e nuovi investimenti previsti);
- ✓ **presentazione delle proposte di budget:** le schede di budget elaborate vengono presentate al vertice aziendale per una verifica preliminare della compatibilità complessiva con gli indirizzi strategici;
- ✓ **negoziazione:** le proposte di budget vengono negoziate con i responsabili di centro per la definizione degli obiettivi operativi e per la distribuzione delle risorse;
- ✓ **predisposizione del/i budget:** la definizione di budget per centri di costo consente la predisposizione di budget consolidati per aree funzionali a seconda del modello organizzativo adottato (centri di responsabilità, dipartimento, divisione, ecc.).

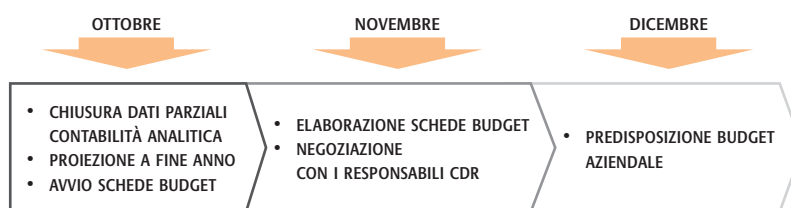
In particolare il sistema di budget, in base alle linee strategiche individuate dal vertice aziendale, dovrà consentire:

- ✓ la determinazione degli obiettivi aziendali e per centro di costo, coerentemente con le scelte strategiche dell'azienda;
- ✓ periodici confronti, nel corso del periodo di budget, fra consuntivi e budget a diversi livelli di analisi e sintesi (centri di responsabilità, dipartimenti, prestazioni, profili di cura) con individuazione delle analisi correttive da apportare;
- ✓ collegamento del sistema incentivante al grado di raggiungimento degli obiettivi definiti nel budget.

L'aspetto della tempistica, per il budget, riveste un ruolo determinante. Tutte le fasi sopra riportate dovrebbero essere completate entro l'anno precedente; in fase di prima implementazione è possibile che tale termine scatti ai primi mesi dell'anno oggetto del budget.

Un'ipotesi di calendario potrebbe essere la seguente:

- ✓ ottobre: chiusura dei primi sei/nove mesi di contabilità analitica, proiezione dei dati economici e quantitativi di centro di costo a fine anno, lancio delle prime richieste ai responsabili di centro;
- ✓ novembre: elaborazione delle schede di budget analitiche e sintetiche, negoziazione con i responsabili dei centri di responsabilità;
- ✓ dicembre: predisposizione del budget aziendale.



143

controllo Tutte le informazioni contabili ed extracontabili vengono rilevate ed elaborate con cadenze infrannuali al fine di monitorare l'andamento gestionale dell'organizzazione, realizzando eventualmente le azioni correttive necessarie per garantire il conseguimento degli obiettivi definiti.

Si sottolinea come l'efficacia dell'intera fase di controllo, e quindi la bontà del livello di servizio fornito a chi deve prendere le decisioni, sia estremamente correlata alla tempestività con cui vengono rese disponibili le informazioni tese a monitorare e interpretare fenomeni gestionali.

Dal punto di vista operativo, sono previste le seguenti attività: *rilevazione dei dati, produzione della reportistica e valutazione dei risultati.*

✓ **Rilevazione dei dati** A cadenze stabilite, il sistema di controllo di gestione acquisisce tutte le informazioni di natura contabile ed extracontabile, rilevate durante la gestione. I dati acquisiti vengono elaborati al fine di misurare il livello di attività conseguita in termini di risorse utilizzate e di risultati conseguiti. L'ufficio di controllo di gestione rileva il livello di completezza delle informazioni, attiva le elaborazioni verificandone la correttezza ed eventualmente richiede ai rispettivi uffici competenti integrazioni di informazioni. I soggetti coinvolti, i ruoli a essi assegnati e le relative attività da svolgere risultano strettamente collegati alle modalità di alimentazione definite dal sistema di controllo.

✓ **Produzione della reportistica** In questa fase vengono predisposte le informazioni necessarie a supportare il processo decisionale dei soggetti responsabili delle attività e del loro monitoraggio. Il *reporting*, infatti, agevola le verifiche sull'andamento della gestione, secondo le ottiche e i criteri del controllo definiti in fase di programmazione, e permette di rilevare eventuali criticità.

✓ **Valutazione dei risultati** L'individuazione delle criticità, definibili come scostamenti dagli obiettivi definiti in sede di programmazione, può determinare:

- la necessità di intraprendere azioni correttive per “riorientare” la gestione verso gli obiettivi di budget;
- la necessità di “ritarare” gli obiettivi di costo e spesa attraverso le revisioni del budget e della disponibilità finanziaria. Le modalità di revisione del budget seguono le stesse logiche del processo di budget.

Le scelte di intervento a fronte degli scostamenti riscontrati, in termini sostanziali, innescano un flusso logico di tipo “top-down”, ovvero le azioni da intraprendere vengono definite dal vertice aziendale, eventualmente condivise con i livelli immediatamente inferiori e attuate successivamente da tutte le aree interessate.

Di seguito vengono descritti i “soggetti” coinvolti in questa fase con le rispettive attività di competenza:

- ✓ **destinatari dei report:** corrispondono ai responsabili dei centri di responsabilità. Tali soggetti, con il supporto dell’ufficio di controllo di gestione, analizzano i report di propria competenza, individuano le cause degli scostamenti, li discutono con i livelli superiori ed attuano le azioni correttive;
- ✓ **ufficio di controllo di gestione:** si occupa della produzione dei report e della loro distribuzione ai responsabili, supporta tutti i livelli nell’interpretazione dei dati, verifica lo “stato d’avanzamento” rispetto agli obiettivi programmati, evidenzia le criticità e supporta i massimi livelli dell’organizzazione nella scelta delle azioni correttive più efficaci.

SISTEMA DI REPORTING

Le caratteristiche che un sistema di reporting efficace ed efficiente deve rispettare sono:

- ✓ **rilevanza**, ossia essere in grado di soddisfare i fabbisogni informativi dei vari livelli decisionali in funzione della tipologia e dei tempi di decisione;
- ✓ **selettività**, intesa come la scelta delle informazioni utili alla gestione dell’azienda;
- ✓ **tempestività**, individuata come l’attitudine a elaborare i report in un breve lasso di tempo rispetto al periodo di riferimento, e con una frequenza idonea a soddisfare i fabbisogni informativi;
- ✓ **chiarezza e sinteticità**, immediatamente leggibili ed interpretabili dai responsabili.

Il sistema di reporting deve essere coerente con il fabbisogno informativo dei destinatari e pertanto la sua progettazione non può avvenire in modo standardizzato.

Sarà necessario valutare fino a che punto alcune informazioni di dettaglio siano utili rispetto alla difficoltà e/o al costo di generarle. In altre parole, il sistema di rendicontazione deve essere in grado di fornire informazioni dettagliate, previa verifica dell’efficacia delle medesime affinché lo sforzo sia compensato da un vantaggio evidente.

La definizione della struttura di reporting prevede la declinazione delle seguenti componenti:

- ✓ destinatari dei report
- ✓ fonti dei dati
- ✓ elementi del reporting di controllo.

_destinatari dei report Il sistema di reporting presenta finalità diverse secondo i destinatari del documento: i soggetti istituzionali esterni, l'alta direzione, i responsabili di unità operativa. Il report destinato ai soggetti istituzionali esterni deve consentire prioritariamente: il controllo della coerenza dei risultati e dei programmi, il monitoraggio dell'efficienza e della redditività, la valutazione dei punti di forza e debolezza, la risposta all'esigenza di circolarità dell'informazione tra i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il report destinato all'alta direzione deve consentire prioritariamente:

- ✓ il controllo della coerenza dei risultati e dei programmi
- ✓ il monitoraggio della efficienza e della redditività
- ✓ la valutazione dei punti di forza e debolezza
- ✓ il supporto alle decisioni di breve termine.

145

I report destinati ai responsabili delle unità organizzative devono fornire indicazioni a supporto delle decisioni operative e, quindi, differenziate secondo la funzione aziendale cui si riferiscono.

Le diversità dei report in termini di finalità e di oggetto del controllo (visione globale dell'andamento dell'Azienda nei primi due casi, risultati operativi della singola unità organizzativa nel terzo) si riflette sulle esigenze in termini di grado di dettaglio e analisi delle informazioni contenute.

_fonti dei dati Il processo di reporting deve puntualmente definire le procedure di raccolta dei dati in termini di unità organizzative interessate e di tempistica, distinguendo tra:

- ✓ dati interni: provengono dalla contabilità e dagli altri sistemi in uso presso l'azienda (per l'analisi di fenomeni specifici e il raccordo tra elementi economici ed elementi fisici e di attività);
- ✓ dati esterni: provengono da fonti non aziendali e completano l'informativa su aspetti specifici.

I sistemi aziendali che alimentano il sistema di reporting sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- ✓ la contabilità generale;
- ✓ la contabilità analitica;

- ✓ i sistemi gestionali, ovvero sistemi di rilevazione extracontabile, che forniscono informazioni quali le prestazioni intermedie, i driver di ribaltamento e le variabili produttive;
- ✓ i sottosistemi quali a esempio i sistemi SDO/DRG, CUP/accettazione, personale, magazzini, cespiti.

_elementi del reporting di controllo Nel paragrafo sono descritti gli elementi generali (standard) comuni a tutto il reporting di controllo di gestione:

- ✓ i tipi di report
- ✓ i tipi di confronto
- ✓ il formato
- ✓ la frequenza di elaborazione e il calendario di disponibilità dei report.

_i tipi di report Ogni tipologia di report può essere caratterizzata da un codice, costituito da un insieme di posizioni numeriche, il cui valore contribuisce a identificare in modo univoco il report stesso.

La figura seguente illustra come può essere composto il codice, fornendo un esempio:

LIVELLO DI REPORTING	TIPOLOGIA DI REPORT	LIVELLO DI DETTAGLIO
Enti esterni	Reportistica istituzionale per Regioni, Ministero, altri enti ...	AA
Alta Direzione amministrativa, sanitaria ...	Reportistica di sintesi aziendale (tableau de bord) Specifico su aree di interesse (es. ricoveri inappropriati) ...	XX YY
Centri di Responsabilità	Andamento economico Livelli di Attività Gestionale	ZZ

Ogni tipologia di report deve essere identificata da un codice univoco; la struttura del codice potrebbe seguire il seguente schema:

LIVELLO DI REPORTING	TIPOLOGIA DI REPORT	LIVELLO DI DETTAGLIO
01	01	01

_tipi di confronto I report espongono i dati in un'ottica di confronto tra valori raggiunti in periodi temporali e valori posti come obiettivo in sede di programmazione.

TIPO DI CONFRONTO	DESCRIZIONE	PROVENIENZA DEL DATO
CONSUNTIVO: DI PERIODO PROGRESSIVO	esprime i valori realizzati (consuntivati) dalle variabili in esame nel periodo	systemi alimentanti
STORICO: PROGRESSIVO DELL'ANNO PRECEDENTE	fornisce l'indicazione storica dei valori realizzati nello stesso periodo di riferimento, nell'anno precedente. Il confronto con i dati consuntivi consente di valutare il trend del fenomeno analizzato.	systema di reporting: archivio storico
BUDGET: DI PERIODO PROGRESSIVO ANNUO	esprime i valori programmati per le variabili in esame. Il confronto con i dati consuntivi consente di valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati	systema di budget e riprevisone
RIPREVISIONE: ANNUO	esprime la riprogrammazione degli obiettivi fissati in sede di budget, sulla base delle migliori informazioni che si hanno a disposizione nel corso dell'anno. Il confronto con i dati consuntivi consente di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi riprogrammati.	systema di budget e riprevisone

I tipi di confronto previsti sono i seguenti:

La disponibilità di tali confronti corrisponde all'avviamento dei processi di consuntivazione, di budget e di riprevisone.

In quest'ottica essi rappresentano lo standard di riferimento del reporting di controllo, i cui dati saranno progressivamente integrati man mano che si procederà con l'avviamento dei processi citati.

_formato dei report Il formato dei report, vale a dire le modalità di rappresentazione dei dati sul foglio, è composto di due parti:

- ✓ la prima, detta *testata* del report, fornisce al lettore le informazioni generali del report (titolo, data di stampa, codice, ecc.);
- ✓ la seconda, detta *corpo* del report, fornisce i dati relativi all'analisi in oggetto, esponendo sulle righe le variabili e nelle colonne i valori di confronto che le variabili stesse assumono.

Di seguito sono descritti, a titolo esemplificativo, i contenuti della testata dei report e dei corpi di alcuni possibili report.

TESTATA COMUNE A TUTTI I TIPI DI REPORT

Ospedale xy

Report di controllo di gestione

ANDAMENTO ECONOMICO			
Centro di Responsabilità:		Rpt. n. 101301	
Periodo: (in euro)	Anno:		
		titolo del report	
		codice	
		anno di riferimento	
		livello per il quale è elaborato il report	
		trimestre di riferimento	
		unità di misura in cui sono espressi i dati	

CORPO DEI REPORT DI ANALISI ECONOMICA E DI ATTIVITÀ

Nature	Periodo (2)			Progressivo (6)				Totale anno (11)	
	cons.	budget	diff	cons.	budget	diff	a. prec.	budget	riprevisione
(1)	(3)	(4)	(5)	(7)	(8)	(9)	(10)	(12)	(13)

- (1) : la sezione contiene la descrizione dei dati rappresentati sul report
- (2) : la sezione contiene i dati del periodo di riferimento, citato sulla testata del report
- (3) : la colonna contiene i dati consuntivi rilevati del periodo
- (4) : la colonna contiene i dati di budget previsti per il periodo
- (5) : la colonna contiene la variazione dei dati consuntivi rispetto al budget (budget - consuntivo)
- (6) : la sezione contiene i dati progressivi da inizio anno al periodo di riferimento incluso
- (7) : la colonna contiene i dati consuntivi progressivi da inizio anno
- (8) : la colonna contiene i dati progressivi da inizio anno previsti a budget
- (9) : la colonna contiene la variazione dei dati consuntivi progressivi rispetto al budget progressivo (budget - consuntivo)
- (10) : la colonna contiene i dati consuntivi progressivi da inizio anno dell'anno precedente
- (11) : la sezione contiene i dati di previsione relativi a tutto l'anno
- (12) : la colonna contiene i dati di budget previsti per l'intero anno
- (13) : la colonna contiene i dati a fine anno previsti nell'ultima riprevisione

frequenza di elaborazione e calendario di disponibilità dei report Deve essere coerente con i momenti temporali di controllo. Nella sua definizione va attentamente considerato il valore di disporre di informazione su archi temporali più ridotti rispetto al maggior costo di rilevazione degli stessi. Per questo motivo, si suggerisce che la frequenza di rilevazione dell'informazione sia almeno trimestrale.

Evoluzione del controllo di gestione

EVOLUZIONE NEL MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

Per quanto riguarda la collocazione organizzativa del controllo di gestione, non esiste una linea dottrinale ben definita: le opzioni possono essere diverse in relazione agli scopi e alle finalità che si vogliono raggiungere, alle caratteristiche dell'azienda, ai sistemi a disposizione.

Secondo un'ottica tradizionale, la contabilità analitica è un tipico strumento di gestione interna, e quindi le regole per il suo funzionamento, lo schema delle codifiche e la gestione del processo in generale sono competenza di chi si occupa di controllo di gestione, mentre la contabilità generale è di competenza dei reparti amministrativo-contabili. Le tesi a favore di questa separazione sono di vario tipo:

- ✓ le diverse finalità: finalità informativa esterna per la contabilità generale, finalità interne per la contabilità analitica;
- ✓ le diverse regole: mentre la contabilità generale risponde a criteri formali molto rigorosi, ha esigenze di corrispondenza precisa con i documenti sottostanti ed è pesantemente influenzata dalle normative civilistiche e fiscali, la contabilità analitica ha esigenze formali meno pressanti, riflettendo le scelte interne che la direzione si è data. La contabilità generale è inoltre orientata alla natura dei fenomeni (costo del personale, delle utenze, degli acquisti di beni e servizi, etc.), quella analitica è orientata alla destinazione del fenomeno (centro di costo o responsabilità, linea di prodotto, profili di cura, etc.);
- ✓ le diverse competenze professionali che sono necessarie per i due ambiti operativi, e il ruolo fortemente "ispettivo" che una volta si attribuiva alla funzione di controllo di gestione.

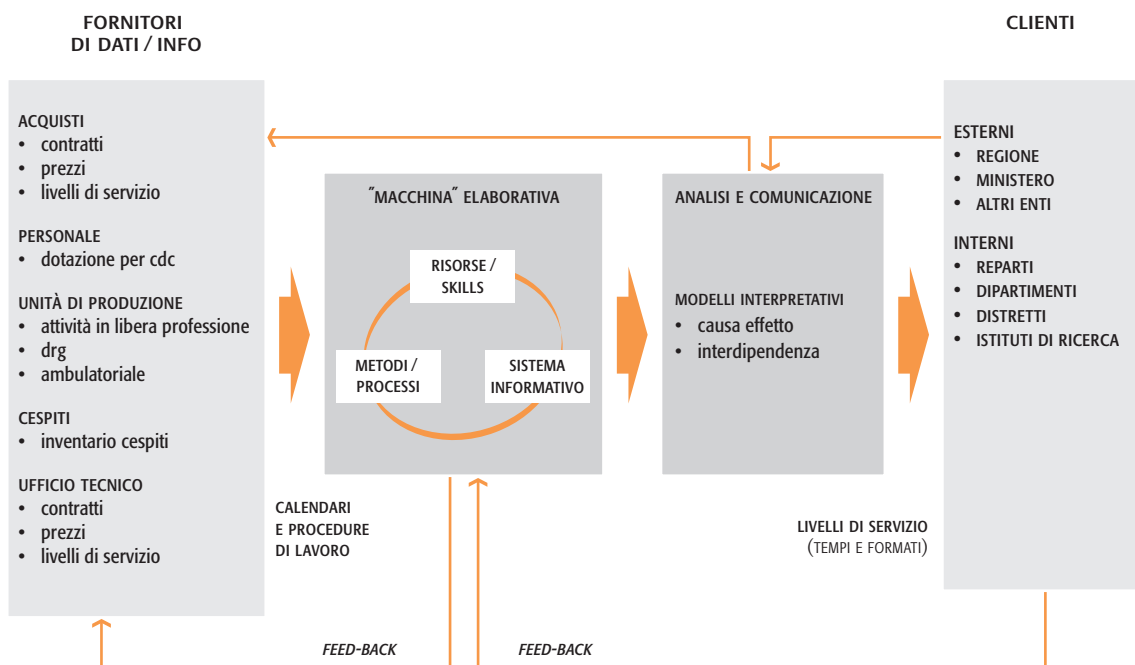
Con il passare del tempo, la necessità di distinguere si è fatta un po' più debole soprattutto a causa di una serie di fenomeni convergenti che hanno reso meno netta questa separazione:

- ✓ l'evoluzione dei sistemi informativi, sempre più sofisticati e integrati, capaci cioè di soddisfare le varie esigenze con piani delle codifiche sempre più complessi e articolati; oggi ci sono piattaforme in grado di coprire funzionalmente moltissime aree aziendali (i cosiddetti sistemi ERP);
- ✓ la necessità di contenere il costo dei processi infrastrutturali ha fatto sì che molte barriere presenti in passato venissero a cadere: grazie anche all'evoluzione dei sistemi informativi, la "cattura" dei dati che interessano l'amministrazione e il controllo avviene nel corso della esecuzione di altri processi (ad esempio nel momento dell'emissione di una richiesta di acquisto, i codici individuano il centro di costo, o la commessa cui destinare il costo). La gestione in un sistema integrato di tutte le in-

formazioni – richiesta d’acquisto, ordine, fattura del fornitore, documento di trasporto, bolla di carico a magazzino, pagamento – permette di tenere traccia del fenomeno nei suoi vari stati e di utilizzare le relative informazioni ai fini delle diverse contabilità: oggi le informazioni contabili generali e gestionali sono catturate “in viaggio” e quindi le elaborazioni finali sono molto più ridotte;

✓ il precedente modello di netta separazione generava inconvenienti nel caso di discordanza dei “numeri”: una separazione netta portava spesso a risultati troppo divergenti o non riconciliabili, con conseguente dispendio di tempo per ricostruire le situazioni esatte.

Per questi motivi, nelle organizzazioni più “moderne” tende a sparire una separazione netta e precisa di ruoli e sistemi. Esiste cioè una “fabbrica dei numeri” (la “macchina elaborativa” rappresentata nella figura seguente), ovvero una struttura che si occupa di presidiare i processi di generazione del dato (definizione delle codifiche, dei calendari e delle tempistiche di elaborazione dei dati e della reportistica, etc.); i dati vengono poi indirizzati a pool di esperti che utilizzano i numeri a livello decisionale.



Secondo questa linea, la struttura organizzativa dovrebbe prevedere un’unità economico-finanziaria responsabile della generazione dei numeri (generati sia dalla contabilità generale che analitica), primo garante della loro correttezza e tempestività; il controllo di gestione dovrebbe invece occuparsi di analizzare e interpretare le in-

formazioni e, soprattutto, di fornire un valido supporto alle decisioni da prendere in caso di fenomeni che richiedano azioni e interventi “correttivi”. Tale supporto potrebbe avvenire sia mediante una piccola struttura centrale che mediante eventuali piccole strutture specializzate presso i centri di responsabilità, se la struttura è di dimensione notevole e distribuita territorialmente.

LE “METODOLOGIE ACTIVITY”: ABC E ABM

È stato accennato poco sopra come i sistemi di controllo di gestione delle realtà sanitarie stiano progressivamente evolvendosi verso le metodologie di determinazione dei costi di prodotto attraverso i costi delle attività correlate. In particolare l'Activity Based Costing fonda la propria analisi sull'azienda vista come un flusso di attività per fornire una prestazione di qualità, ponendo attenzione al processo produttivo vero e proprio, e all'assorbimento di risorse nelle fasi pre e post produttive. Così come nel modello tradizionale di determinazione dei costi, anche l'Abc adotta un procedimento a due fasi; i costi dei centri indiretti vengono attribuiti alle attività che li generano dal momento che tali attività sono le vere determinanti della misura dell'assorbimento dei fattori produttivi.

Si tratta in altre parole di una metodologia di calcolo del costo pieno delle prestazioni determinato attraverso l'attribuzione dei costi comuni sulla base di specifici fattori determinanti, denominati *cost driver*. L'Abc nasce dunque dalla necessità non solo di rilevare ma anche di gestire il costo nelle singole fasi di formazione; mentre per le logiche tradizionali è fondamentale controllare il costo in funzione del budget, l'Abc analizza dove effettivamente tali costi si producono.

Accanto, e a integrazione della metodologia Abc, si è poi sviluppato un nuovo approccio, denominato Abm, Activity Based Management. L'Abm, come l'Abc, pone come elemento di base dell'organizzazione, non più il centro di responsabilità, bensì la singola attività. L'Abm si focalizza quindi, a complemento dell'Abc, sulle quantità espressione di eventuali inefficienze, facendo perno sul principio che un'azienda persegue l'eccellenza eliminando le inefficienze presenti nelle attività operative monitorate come entità fisiche, e non semplicemente gestendo costi e ricavi rilevati nel sistema di contabilità analitica. L'Abm, attraverso l'analisi e la valutazione delle attività, ricerca inoltre quegli strumenti di progressivo miglioramento dei processi con i quali è possibile aumentare la qualità del servizio per il paziente, nel rispetto di alcuni principi di base:

- ✓ gestire le attività, non le risorse;
- ✓ integrare le attività all'interno dei processi;
- ✓ rispondere alle esigenze del paziente.

I SISTEMI DSS

Per quanto riguarda le tecnologie di riferimento oggi presenti sul mercato, esistono strumenti (*DSS, OLAP*) nati specificatamente per implementare i modelli di controllo e di reporting, con il vantaggio di realizzare particolari funzionalità e perfor-

mance dei sistemi di controllo, impossibili da implementare con strumenti di tipo tradizionale. Tali sistemi sono caratterizzati da una struttura multidimensionale dei database che consente una visione dei fenomeni oggetto del controllo secondo le "viste" decise dall'utente che produce le analisi.

I DSS (Decisional Support System) sono applicazioni utili per l'analisi di ingenti quantitativi di dati e per la gestione di un'ampia varietà di calcoli e proiezioni, e consentono l'analisi multidimensionale dei fenomeni fornendo un fondamentale supporto ai processi decisionali.

I DSS si basano sul concetto di OLAP (On Line Analytical Processing) che comprende una categoria di applicazioni e tecnologie per la raccolta, gestione e presentazione di dati multidimensionali.

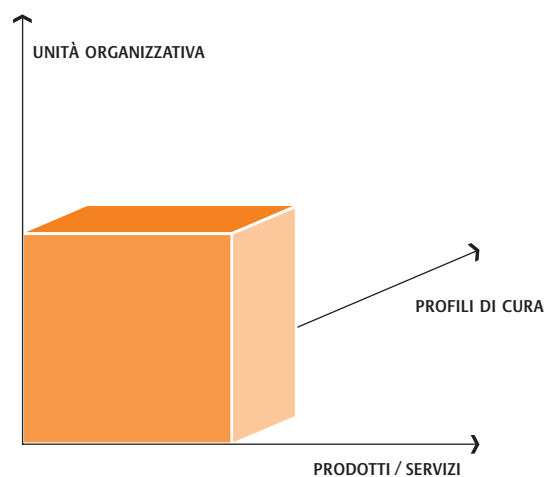
Tableau de bord e "cruscotti" generati da tali sistemi, consentono una visualizzazione immediata dell'andamento dei principali parametri e indici di controllo.

All'interno della vista scelta, la direzione aziendale potrà decidere il grado di dettaglio dell'informazione oggetto di analisi (dal livello di sintesi fino al livello di massimo dettaglio) e identificare le interrelazioni con gli altri attributi delle informazioni.

Le variabili possono essere costituite da dati originali prelevati da sistemi esterni oppure essere il risultato di una funzione matematica (anche molto complessa) dei dati originali stessi, consentendo il calcolo dei diversi indicatori che interessano.

Durante l'immagazzinamento dei dati nei "cubi", il sistema procede a calcolare e a memorizzare i totali per ciascuna combinazione delle dimensioni/livelli di analisi.

In questo modo i DSS, variando le dimensioni considerate, sono in grado di fornire in tempo reale, su richiesta dell'utente finale, qualsiasi tipo di analisi in forma matriciale o grafica.



Esempio di report di analisi economica

ANALISI ECONOMICA

Centro di Responsabilità:		Medicina interna							
Periodo: (in euro)	luglio-sett.	Anno:	2002	Destinatario:	Dott. XY				
Nature	Periodo			Progressivo			Totale anno		
	cons.	budget	diff	cons.	budget	diff	a. prec.	budget	riprevisione
Ricavi per ricoveri ordinari									
Ricavi per ricoveri dh									
Ricavi per prestazioni ambulatoriali									
Ricavi da libera professione									
Ricavi per prestazioni interne									
Altri ricavi									
VALORE PRODUZIONE									
Ruolo sanitario									
Ruolo tecnico sanitario									
Ruolo professionale									
Ruolo amministrativo									
Altro personale (religiosi, borsisti,...)									
COSTO PERSONALE									
Materiale economale									
Presidi chirurgici e materiale sanitario									
Materiale farmaceutico									
Sieri e vaccini									
Materiale diagnostico									
Materiale protesico e emoderivati									
TOTALE CONSUMI									
PRESTAZIONI SERVIZI SANITARI									
COSTO LIBERA PROFESSIONE									
Manutenzioni ordinarie attr. sanitarie									
Altre manutenzioni									
TOTALE MANUTENZIONI E RIPARAZIONI									
Ammortamento attrezzature sanitarie									
Ammortamento fabbricati									
Amm.ti altri immobil. materiali									
Amm.ti altri immobil. immateriali									
TOTALE AMMORTAMENTI									
Utenze									
Lavanderia									
Rifiuti									
Servizi IT									
Ristorazione collettiva									
Pulizia e sanificazione									
Portineria									
TOTALE SERVIZI APPALTATI									
TOTALE SPESE AMM.VE E GENERALI									
TOTALE COSTI OPERATIVI									
MARGINE OPERATIVO									

Esempio di report di analisi gestionale

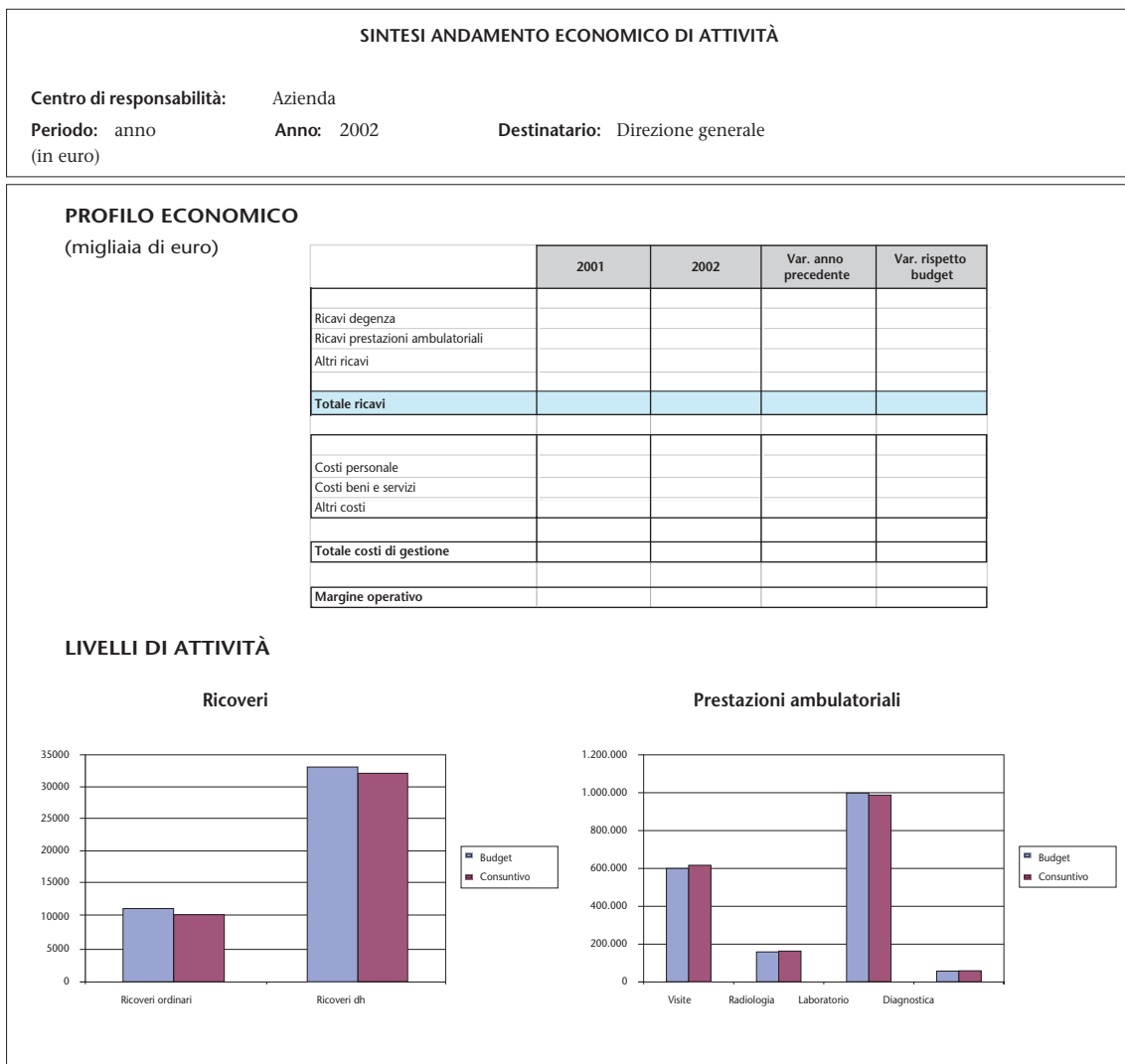
ANALISI GESTIONALE

Centro di Responsabilità:		Medicina interna					
Periodo: (in euro)	luglio-sett.	Anno:	2002	Destinatario:	Dott. XY		
Nature	Consuntivo		Valore benchmark	Var. rispetto a benchmark		Var. rispetto a anno precedente	
	periodo	progressivo		periodo	progressivo	periodo	progressivo
Tasso occupazione posti letto							
	ricovero ordinario						
	day hospital						
Degenza media							
	ordinari						
	medici						
	chirurgici						
	> 48h						
	medici						
	chirurgici						
	oltre soglia						
	medici						
	chirurgici						
	day hospital						
	medici						
	oncologici						
	chirurgici						
Peso medio DRG							
	ordinari						
	medici						
	chirurgici						
	ric 1 g						
	medici						
	chirurgici						
	> 48 h						
	medici						
	chirurgici						
	oltre soglia						
	medici						
	chirurgici						
	day hospital						
	medici						
	oncologici						
	chirurgici						
Ricoveri chir. brevi/Tot. ricoveri chir.							
Indicatori attività per medico							
	ricoveri						
	ordinari						
	medici						
	chirurgici						
	dh						
	medici						
	oncologici						
	chirurgici						
	totali						
	prestazioni ambulatoriali						
Indicatori attività per infermiere							
	gg degenza ordinaria						
	accessi dh						

Esempio di report di analisi attività

Analisi attività													
Centro di Responsabilità:		Azienda											
Periodo:		luglio-sett.		Anno:		2002		Destinatario:		Direzione Sanitaria			
(in euro)													
Nature	Periodo					Progressivo				Totale anno			
	cons.		budget		diff	cons.		budget	Var. bджет	Var. a prec	budget		
RICOVERI ORDINARI	5000	100%	4000	100%		100%	100%	100%	100%	100%			
Medici	3000	60%	2500	63%	500	-3%	7000	100%	6000	100%	1000	-1000	12000
ordinari	1500	30%	1000	25%	500	5%							
1 g	500	10%	1100	28%	-600	-18%							
> 48h	200	4%	200	5%	0	-1%							
oltre soglia	800	16%	200	5%	600	11%							
Chirurgici	2000	40%	1500	38%	500	3%							
ordinari	800	16%	300	8%	500	9%							
1 g	700	14%	500	13%	200	2%							
> 48 h	300	6%	400	10%	-100	-4%							
oltre soglia	200	4%	300	8%	-100	-4%							
RICOVERI DAY HOSPITAL													
Medici													
Oncologici													
Chirurgici													
PRESTAZIONI DIAGNOSI E CURA													
Prestazioni ambulatoriali													
Laboratorio													
Radiologia diagnostica													
Medicina Nucleare													
Radioterapia													
Endoscopia													
Prelievi area donatori													
Riabilitazione													
Dialisi													

Esempio di Tableau de Bord



SINTESI ANDAMENTO GESTIONALE DEGENZA ORDINARIA

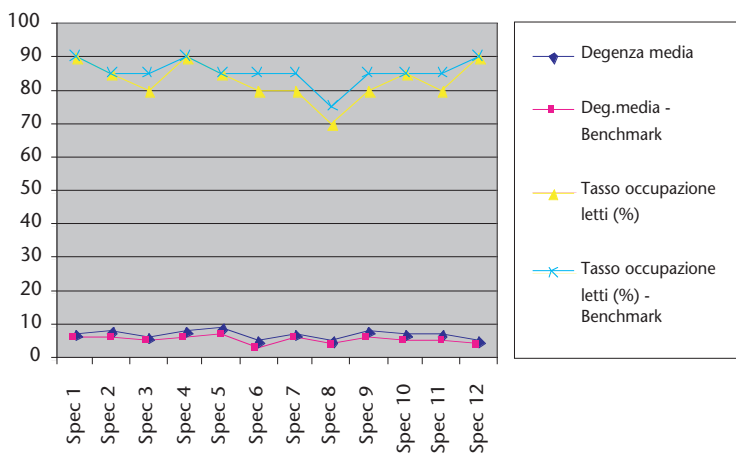
Centro di responsabilità: Azienda

Periodo: anno
(in euro)

Anno: 2002

Destinatario: Direzione generale

DEGENZA MEDIA E TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO

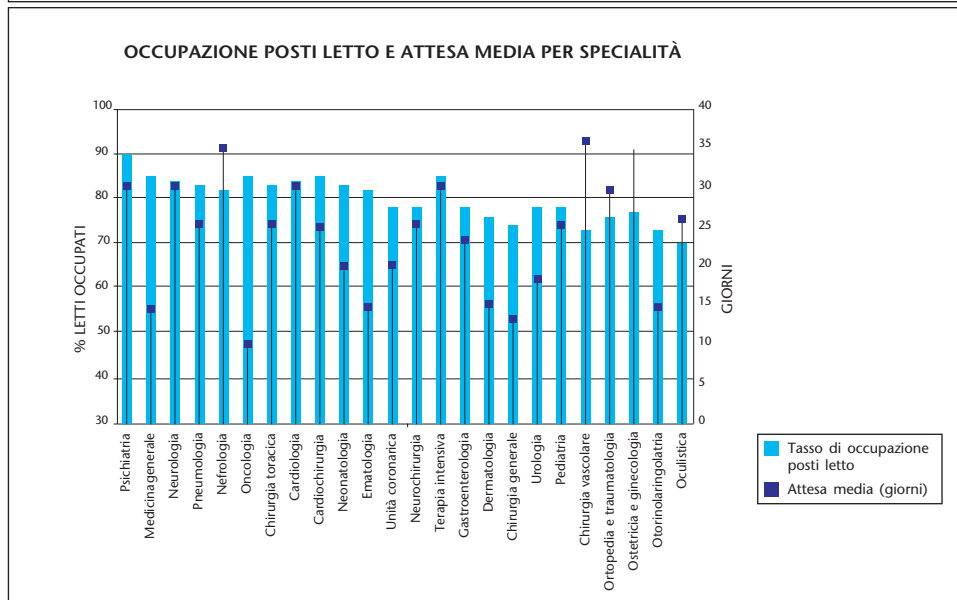


10 DRG PIÙ FREQUENTI

COD	DESCRIZIONE	PESO MEDIO	BENCHMARK
...	...		
...	...		
...	...		
...	...		
...	...		
...	...		
...	...		
...	...		
...	...		
...	...		

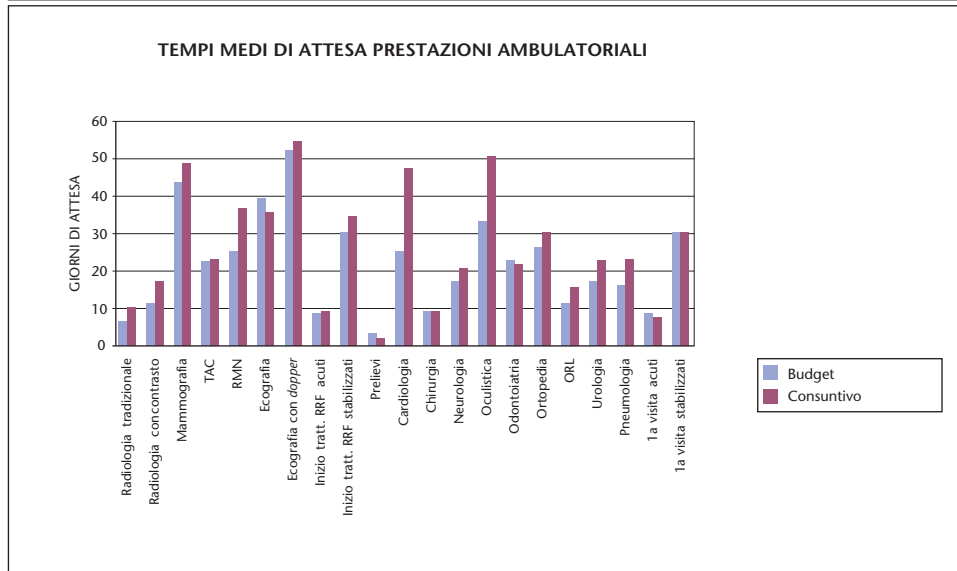
**ANALISI GESTIONALE DEGENZA ORDINARIA
OCCUPAZIONE POSTI LETTO E ATTESA MEDIA**

Centro di responsabilità: Azienda
 Periodo: anno Anno: 2002 Destinataro: Direzione generale
 (in euro)



SINTESI ANDAMENTO GESTIONALE ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Centro di responsabilità: Azienda
 Periodo: anno Anno: 2002 Destinataro: Direzione generale
 (in euro)



Esempio di Balanced Score Card

