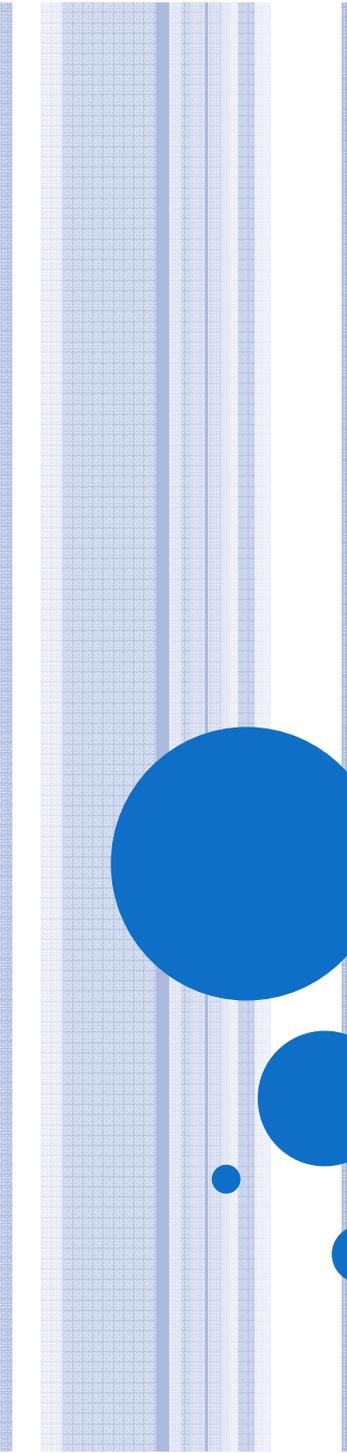
The left side of the slide features a decorative vertical bar composed of several overlapping layers: a thin blue line, a wider light blue textured band, and a thin dark blue line. To the right of these bars, five solid blue circles of varying sizes are arranged in a cluster, with the largest circle at the top left and smaller ones scattered below and to the right.

Elementi di controllo di gestione



1. Il controllo di gestione: obiettivi, attori e strumenti

AGENDA

- Il controllo di gestione: caratteristiche generali
- Tipologie di controllo
- Benefici e distorsioni del controllo
- La cultura del controllo



ART. comma 5 D.Lgs 502/92

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con d.lgs. 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo:

- a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;
- b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
- c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;
- d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;**
- e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità.**





Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Piano di riqualificazione e
rifunzionalizzazione della
RETE OSPEDALIERA TERRITORIALE
della Regione Sicilia**

Ciclo di programmazione 2014-2016



gustavo barresi

Art. 4

Con successivo provvedimento saranno definite le modalità ed i termini di adeguamento della rete, così come determinata dal presente D.A, agli standard previsti nel documento adottato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012 e dall'emanando regolamento ministeriale approvato nella seduta del 5 agosto, richiamato dal D. L. n. 95/2012 convertito in legge n. 135/2012. Pertanto si prevede fin d'ora un piano di rimodulazione del numero equivalente fuori standard delle UOC come sono state sintetizzate in una tabella, allegata al presente DA, che rappresenta in logica matriciale l'adeguamento delle discipline agli standard di cui al predetto regolamento attraverso un processo di allineamento progressivo fino al raggiungimento dell'obiettivo previsto al 31 dicembre 2016.

A tal fine tutte le UOC, secondo la disciplina di appartenenza, saranno sottoposte a valutazione comparativa utilizzando i parametri di performance, volumi, esiti ed appropriatezza erogativa. Analoga previsione dovrà essere effettuata per le discipline ed il numero di posti letto il cui numero complessivo relativo agli erogatori pubblici e privati, eccede lo standard di riferimento;



Il Sistema Informativo Aziendale

I diversi aspetti della gestione sono oggetto di rilevazione, ossia di elaborazione di dati, al fine di fornire informazioni per la gestione.

Si crea così un insieme ordinato di elementi che si denomina **sistema informativo**, uno strumento per la corretta gestione delle aziende.

Il Sistema informativo Aziendale è un insieme di informazioni, di elaborazioni di dati e di sintesi, grazie al quale si possono esaminare i fenomeni che riguardano direttamente o indirettamente l'azienda, in modo da fornire informazioni antecedenti, concomitanti o susseguenti per la soluzione dei problemi organizzativi e gestionali.



Financial Accounting

The process of producing financial statements for external constituencies (people outside the organization, such as shareholders, creditors, governmental authorities).

This process is heavily constrained by standard setting, regulatory, tax authorities and the auditing requirements of independent accountants.

Management Accounting

The process of producing financial and operating information for organization employees and managers.

The process should be driven by the informational needs of the individuals *internal* to the organization and should guide their operating and investment decision.

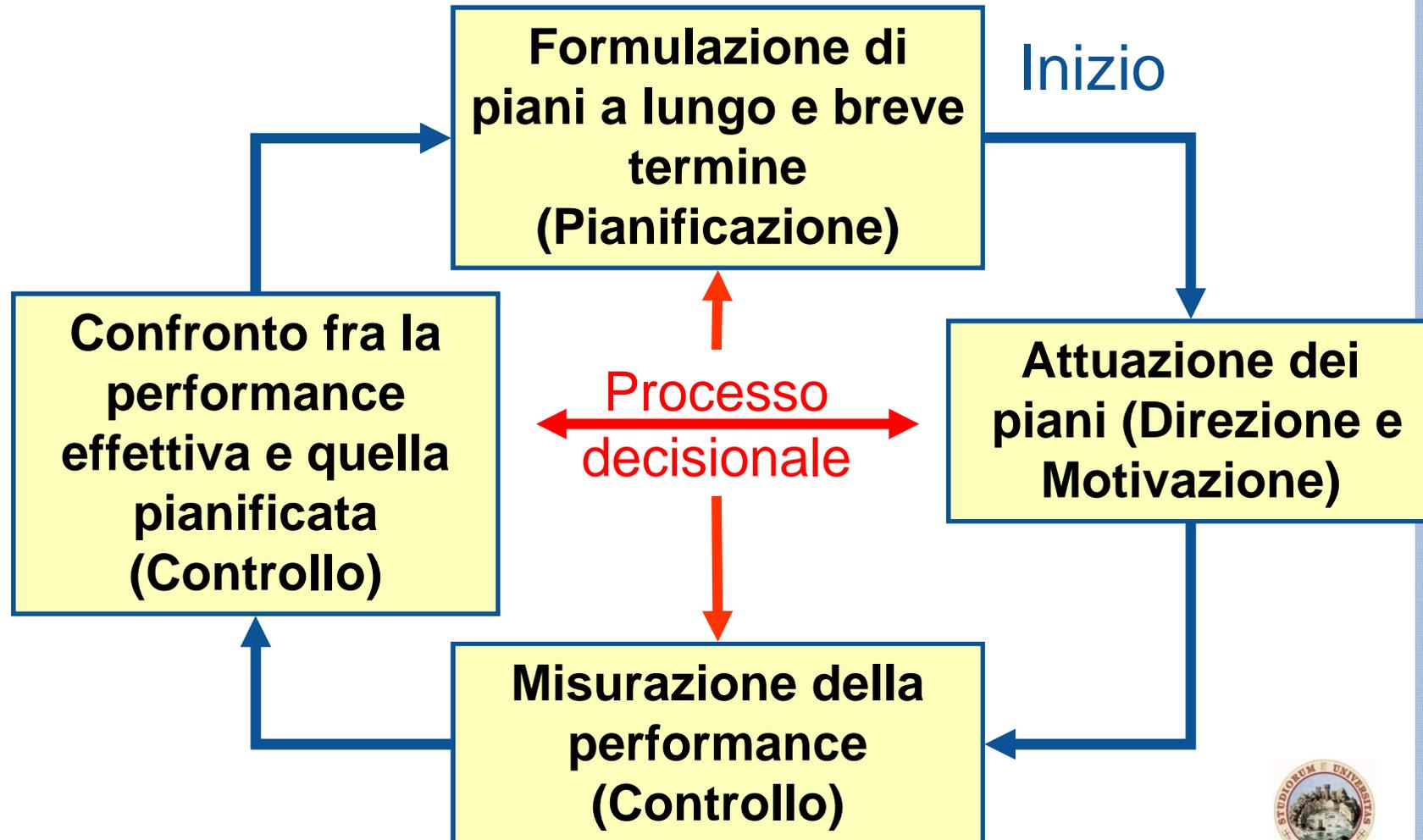


Il Controllo di gestione (Controllo sui risultati)

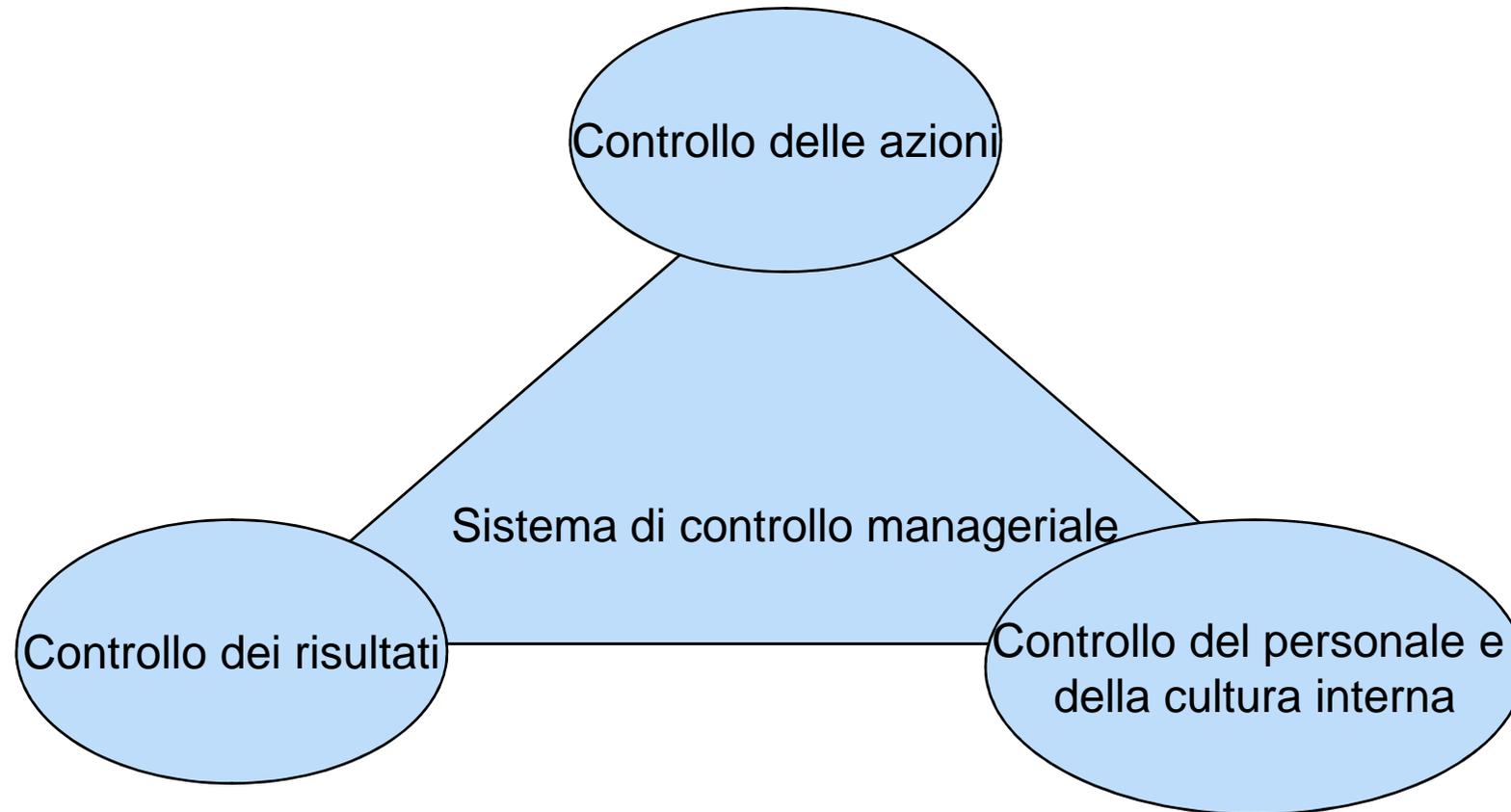
Con l'espressione "controllo di gestione" (o controllo dei risultati), si fa riferimento a quelle forme di controllo che mirano a influenzare le decisioni e i comportamenti individuali e organizzativi all'interno di organismi economici, così da renderli coerenti con il perseguimento degli obiettivi aziendali, tramite la responsabilizzazione su parametri obiettivo operata mediante processi formali di valutazione della performance.



Ciclo di pianificazione e controllo



SISTEMA DI CONTROLLO MANAGERIALE



IL CONTROLLO DI GESTIONE

- Tale strumento si sostanzia nella misurazione delle *performance* interne e nella responsabilizzazione su parametri-obiettivo
- Il cdg stimola comportamenti individuali ed organizzativi in linea con il perseguimento degli obiettivi aziendali
- Consente la diffusione all'interno dell'unità economica della cultura dei risultati



RUOLO DELLE MISURAZIONI INTERNE

- La contabilità direzionale consente di ottenere informazioni relative alle performance conseguite dall'azienda, da ciascun responsabile, dalle varie sub-unità organizzative e da altri oggetti di indagine (i singoli pazienti o gruppi di pazienti identificati per patologie omogenee, i setting assistenziali, ...)
- Permettono di ottenere un processo di feedback rispetto ai comportamenti e agli obiettivi previsti.



ORIENTAMENTO AI RISULTATI

- Negli ultimi anni si è avvertita l'esigenza di fornire maggiore attenzione ai risultati (output/outcome) conseguiti dalle aziende sanitarie
- L'orientamento ai risultati comporta che:
 - le priorità aziendali diventino proprie di tutti i dipendenti;
 - si manifesti un allineamento fra le strategie dell'impresa e i comportamenti individuali;
 - Dalla produzione all'uso delle informazioni



CONTROLLO E CULTURA DEI RISULTATI

- L'affermazione della cultura dei risultati condiziona l'efficacia del cdg e allo stesso tempo ne viene condizionata
- Senza di essa il controllo rimane spesso un meccanismo meramente formale e simbolico



BENEFICI DEL CONTROLLO DI GESTIONE

- Affermazione di una cultura meritocratica
- Rafforzamento della motivazione individuale
- Una migliore comunicazione delle priorità aziendali e degli eventuali cambiamenti
- Maggior apprendimento individuale derivante dalla stessa partecipazione ai processi di controllo



POSSIBILI DISTORSIONI DEL CONTROLLO DI GESTIONE

- Un eccessivo orientamento al breve termine
- Attenzione rivolta alle sole variabili oggetto di misurazione
- Stimolo ad adottare comportamenti opportunistici
- Induzione di eccessivi livelli di stress e di competizione interna



GLI OGGETTI DELLA MISURAZIONE



?



Gli oggetti del controllo in un'azienda sanitaria

Input

Paziente
Spazi
Tecnologie
Beni e servizi
Personale
...

Gestione e controllo a preventivo per regolamenti

I fase – anni 80

Trasformazione

Chi fa che cosa, quando, dove e come, in termini di attività mediche ed infermieristiche, prestazioni diagnostiche, terapia farmacologica ed altre attività sociali o relative agli aspetti periferici del servizio reso (comunicazione, mobilità, nutrizione, ecc.)

Definizione, gestione e controllo in itinere dei processi produttivi

III fase – attuale

Output

Ricoveri/DRG
Prestazioni ambulatoriali
Esami di laboratorio
....

Gestione e controllo del budget attività/risorse di unità operativa

II fase – anni 90

Outcome

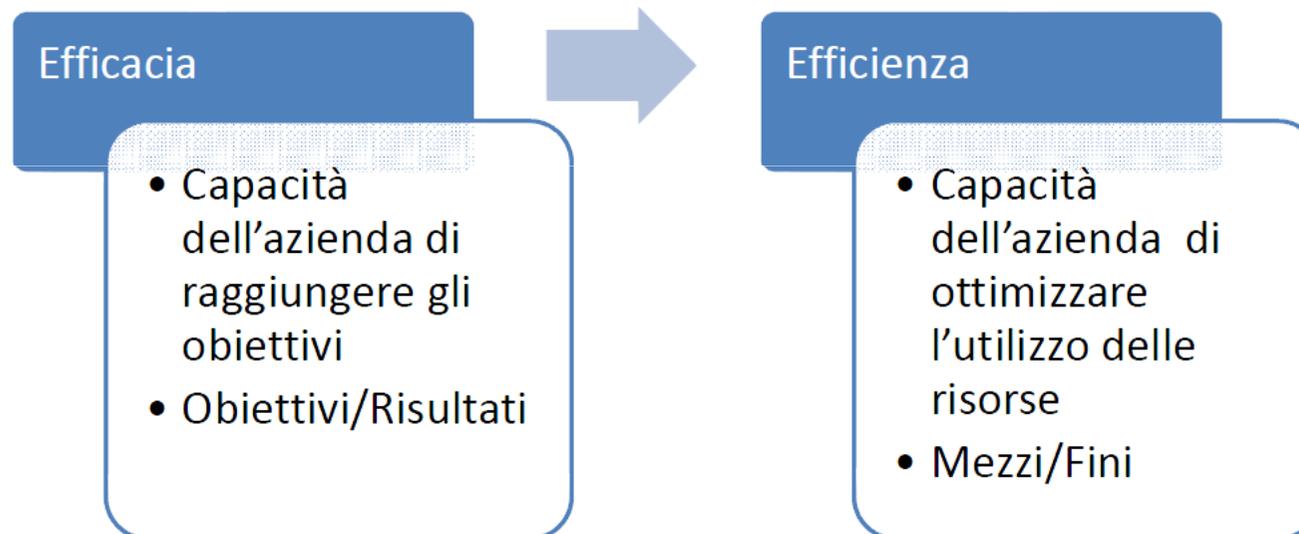
Salute del paziente,
Qualità di vita,
Benessere
...

Definizione, e controllo dei risultati di salute

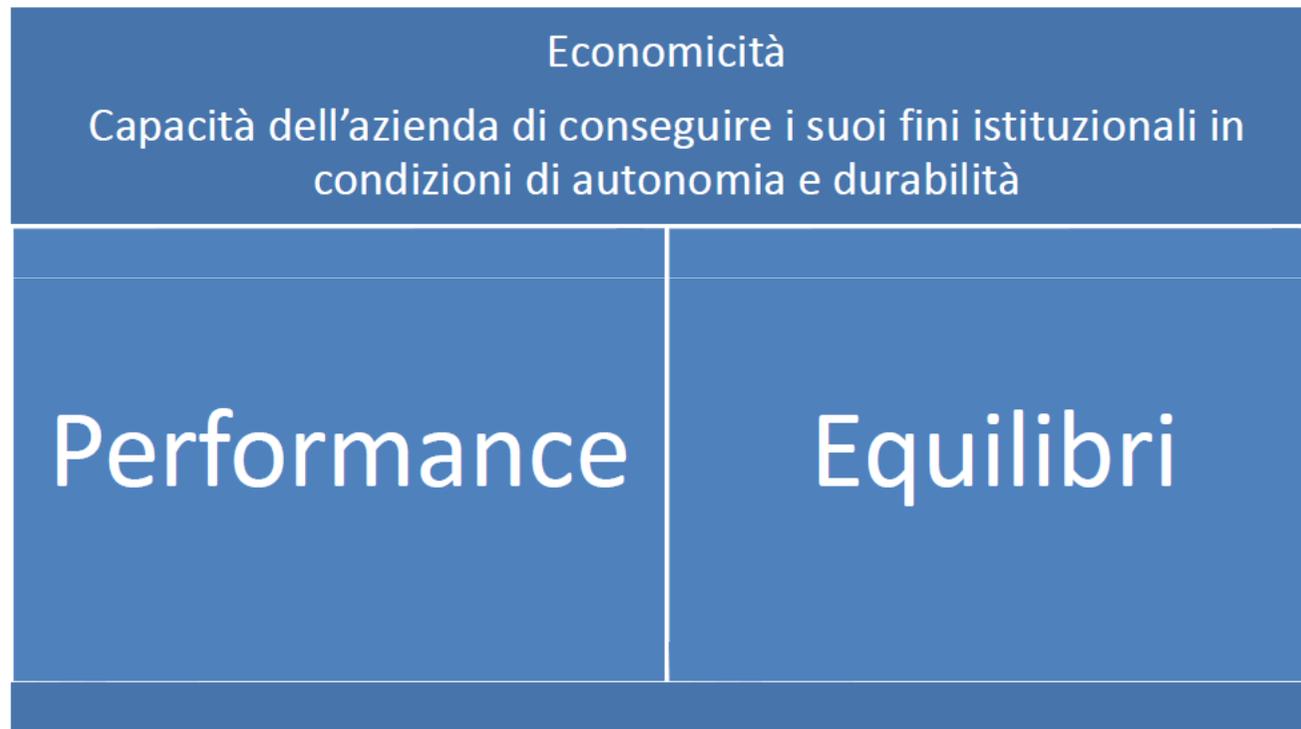
III fase – attuale



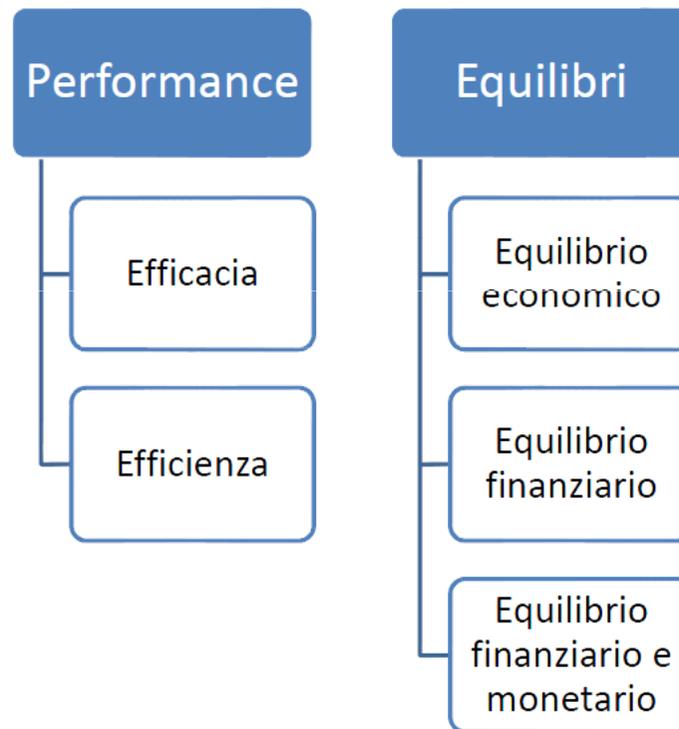
Le variabili della performance sotto il profilo aziendale



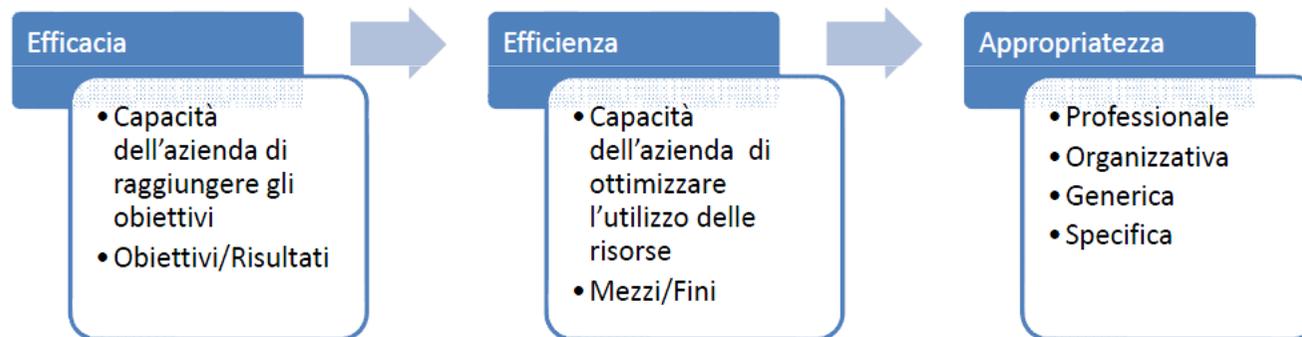
L'economicità



La performance nel quadro dell'economicità



Le variabili della performance nelle aziende sanitarie



Appropriatezza professionale e organizzativa

PROFESSIONALE

Un intervento sanitario è appropriato quando:

- è di efficacia provata da variabili livelli di evidenza;
- viene prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata;
- gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici.

ORGANIZZATIVA

- Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato “consumando” un’appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale ed ai professionisti coinvolti.



Il giudizio di appropriatezza sotto il profilo clinico e sotto il profilo economico

nella pratica clinica il giudizio di appropriatezza dovrebbe essere condizionato dal profilo rischio-beneficio degli interventi sanitari e dalle preferenze/aspettative del paziente individuale, senza essere influenzato dai costi.

per le decisioni che riguardano gruppi di pazienti o intere popolazioni, invece, il giudizio di appropriatezza deve assolutamente considerare l'impatto sulle risorse economiche.



Cosa misuriamo?

Allegato 1

Drg ad Ato rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria/DH e tariffe Day Service

mdc	tipo PACC /DRG	PACC /DRG	descrizione	Tariffa Day Service	valore sogna ricoveri ordinari e+DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie	Note
1	C	006	Decompressione del tunnel carpale	€ 588,63	5%	
1	C	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC (solo codice procedura 04.44)	€ 585,33	10%	
1	M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	€ 169,34	50%	
1	M	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	€ 177,52	50%	
2	C	036	Interventi sulla retina	€ 1.341,57	60%	
2	C	038	Interventi primari sull'iride	€ 1.069,81	80%	
2	C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	€ 600,00	5%	Il costo del cristallino per un massimo di 200 euro è riconosciuto a parte a presentazione della fattura
2	C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	€ 567,43	60%	
			Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita.			



A livello ministeriale/indicatori/Assistenza Ospedaliera

Codice indicatore	Indicatore*
ASSISTENZA OSPEDALIERA (H)	
Governo della domanda	
H1.1	Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti
H1	<i>Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti</i>
H1.2	<i>Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti</i>
H1.3	<i>Peso medio DRG Ricoveri Ordinari</i>
Efficienza	
H2	Indice di performance degenza media per acuti - DRG chirurgici
H2.1	<i>Indice di performance degenza media per acuti</i>
H2.2	<i>Indice di performance degenza media per acuti - DRG medici</i>
H13	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati
Appropriatezza Chirurgica	
H3	% Drg medici da reparti chirurgici
H4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg
H5	DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno
Appropriatezza Medica	
H6	DRG Lea Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
H14	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
T9	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
Qualità clinica	
H9	% cesarei
H10	% di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale
H10.1	<i>% ricoveri ripetuti entro 30 giorni</i>
H10.1.1	<i>% ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni</i>
H10.1.2	<i>% ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni</i>
H11	% fratture femore operate in 2 giorni
H12	Percentuale di fughe in punti DRG



A livello ministeriale/indicatori/Altro

ASSISTENZA DISTRETTUALE (T)	
Efficacia assistenziale delle patologie croniche	
T2	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
T3	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)
T4	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
ASSISTENZA FARMACEUTICA (AF)	
AF5	Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale
<i>AF5.1</i>	<i>Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD/1000 ab die</i>
<i>AF5.3</i>	<i>% sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN</i>
<i>AF5.4</i>	<i>% sul totale delle DDD del consumo territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN</i>
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E DI PREVENZIONE (P)	
P1	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (>= 65 anni)
P2	Grado di copertura per vaccino MRP (morbillo, rosolia, parotite) per 100 abitanti (<= 2 anni)
P3	Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)
P4	Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)
P5	Estensione grezza screening colon retto (50-69 anni)
P6	Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)



Mappa interattiva monitoraggio "griglia LEA" 2011-2012

Mappa interattiva



Legenda della mappa dell'Italia

- adempiente
- adempiente con impegno su alcuni indicatori
- critica
- non sottoposta a verifica

Sicilia



Anche nel 2012 la regione si colloca nell'area dell'adempienza con impegno

- Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale per anziani e disabili ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera
- Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione veterinaria e screening



VOLUMI ED ESITI (REGOLAMENTO BALDUZZI)

4.1.

La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.

L'unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta.



VOLUMI ED ESITI (REGOLAMENTO BALDUZZI)

4.2

Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

- a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica
- b) Procedure chirurgiche: Colectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artoplastica ginocchio e anca, frattura femore
- c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici: Terapia intensiva neonatale (TIN) e Maternità; Infarto del miocardio



4.6

(...) Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresì degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
<i>By pass</i> aorto-coronarico	200 interventi/anno di <i>By pass</i> aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
Maternità	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

e le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥ 65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di <i>By pass</i> aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%



Il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE)

I ter
prog
> Co
Web

Il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE), gestito da Agenas per conto del Ministero della Salute, ha reso disponibili i risultati dell'analisi su dati SDO 2013 su [sito web dedicato](#) accessibile, attraverso l'autenticazione con credenziali, a tutte le Istituzioni e i soggetti accreditati del SSN.

La nuova edizione di PNE (2014), come negli anni precedenti, valuta gli esiti dell'assistenza ospedaliera, per tutte le strutture ospedaliere, sia dal punto di vista dei produttori di servizi, che da quello delle ASL, titolari delle funzioni di tutela della salute della popolazione.

I risultati del 2013 documentano sensibili miglioramenti delle situazioni regionali che nel 2010 e nel 2011 registravano condizioni di erogazione gravemente carenti per alcuni gruppi di patologie. Grazie agli audit regionali avviati proprio sulla base dei dati del PNE, molte di quelle situazioni registrano già oggi notevoli miglioramenti. Questo a conferma che la strada indicata dal Patto per la salute va nella giusta direzione”.

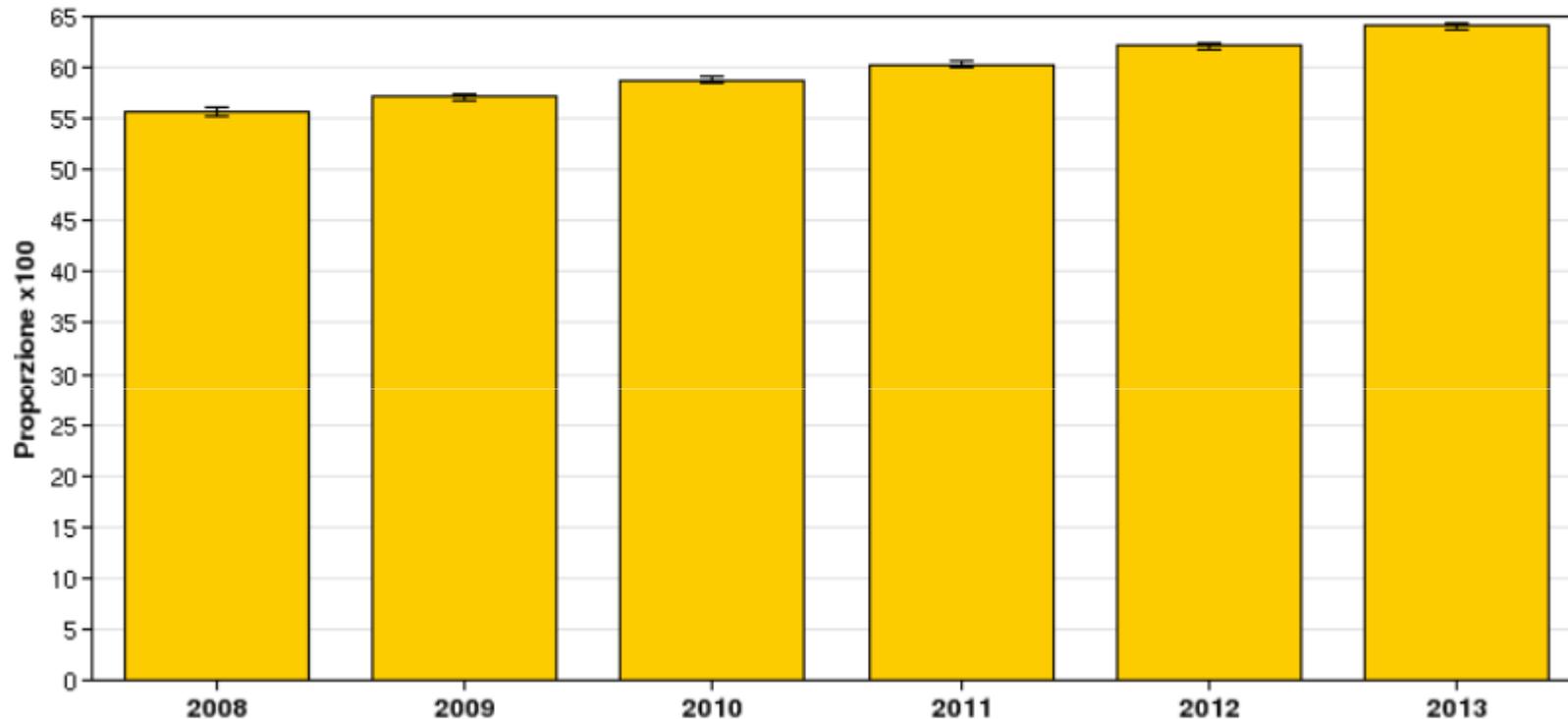
Qualche esempio:

- la proporzione di fratture di femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 28.7% del 2008 al 45.7% del 2013, restando ancora al di sotto dello standard atteso, superiore all'80%. Si osserva una notevole variabilità intra e interregionale, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dell'1% ad un massimo del 98%;
- la proporzione di parti cesarei primari è passata dal 29% del 2008 al 26% del 2013, anche in questo caso con una notevole variabilità intra e interregionale: si va da un minimo del 4% ad un massimo del 93%;
- la quota di infarti trattati con PTCA (angioplastica coronarica transluminale percutanea) entro 2 giorni è passata dal 27.9% del 2008 al 39.6% del 2013, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo pari a 0.5% ad un massimo del 95%.



Il Piano Nazionale Esiti (PNE)

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: PROPORZIONE DI RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI – ANDAMENTI TEMPORALI



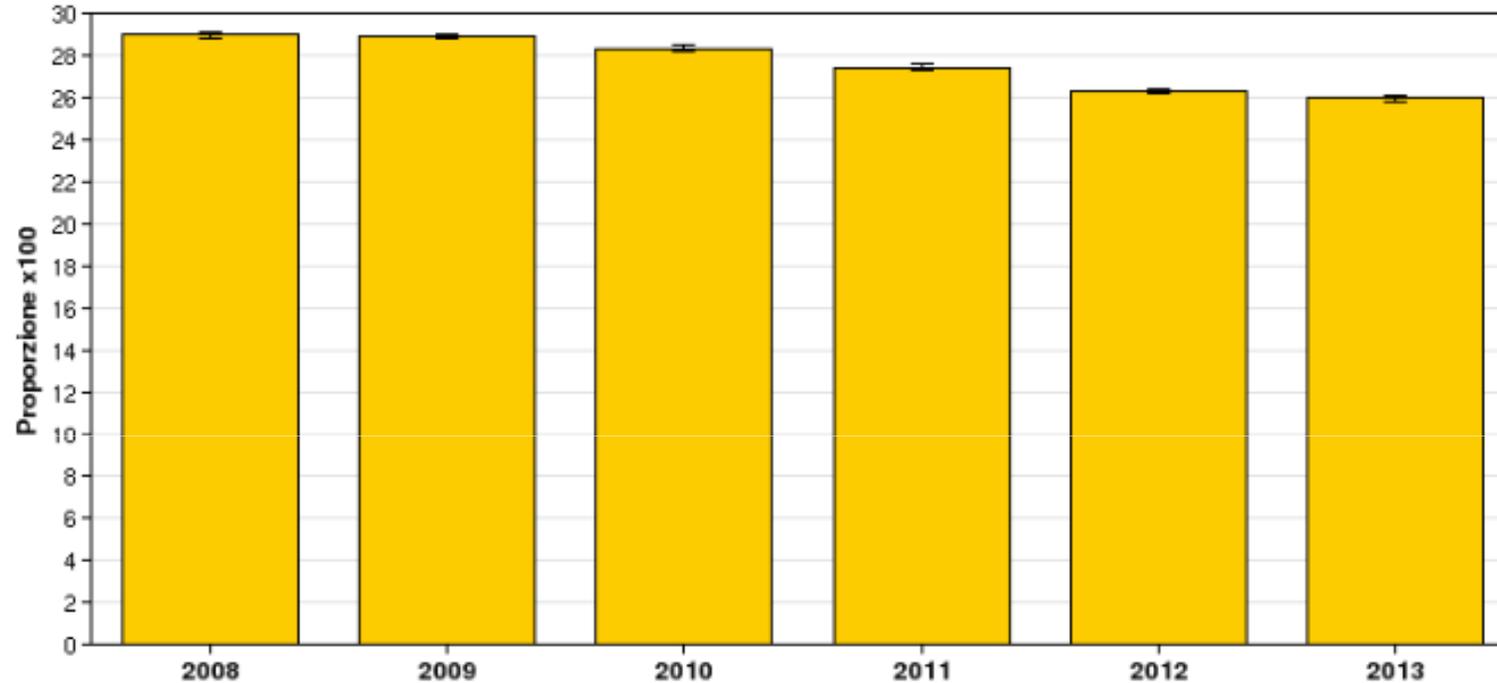
La proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 55.6% del 2008 al 64.1% del 2013, con grandi differenze tra ed intra regioni.

Nel 2013, le regioni che presentano proporzioni inferiori alla media nazionale sono quelle del sud Italia, ad eccezione della Basilicata, mentre le altre regioni hanno valori superiori o paragonabili alla media nazionale.



Il Piano Nazionale Esiti (PNE)

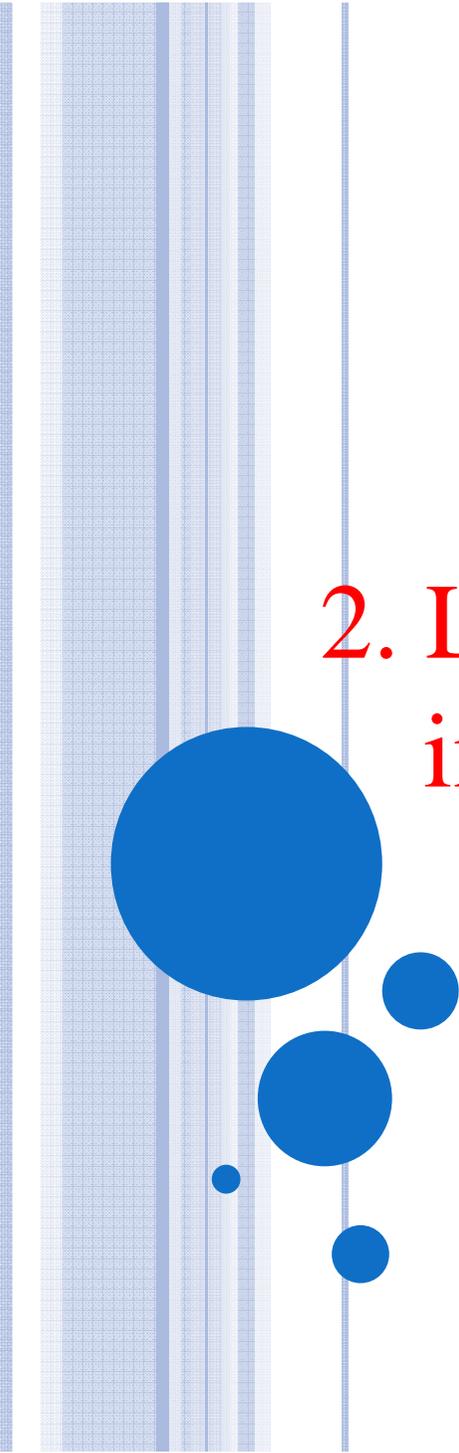
PROPORZIONE DI PARTI CESAREI PRIMARI – ANDAMENTI TEMPORALI



La proporzione di parti cesarei primari è passata dal 29% del 2008 al 26% del 2013, con grandi differenze tra ed intra regioni.

A fronte di un valore nazionale medio del 26%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 4% ad un massimo del 93%, come mostrato nella figura che segue.





2. La struttura organizzativa e informativa del controllo

DIMENSIONI STRUTTURALI DEL CONTROLLO

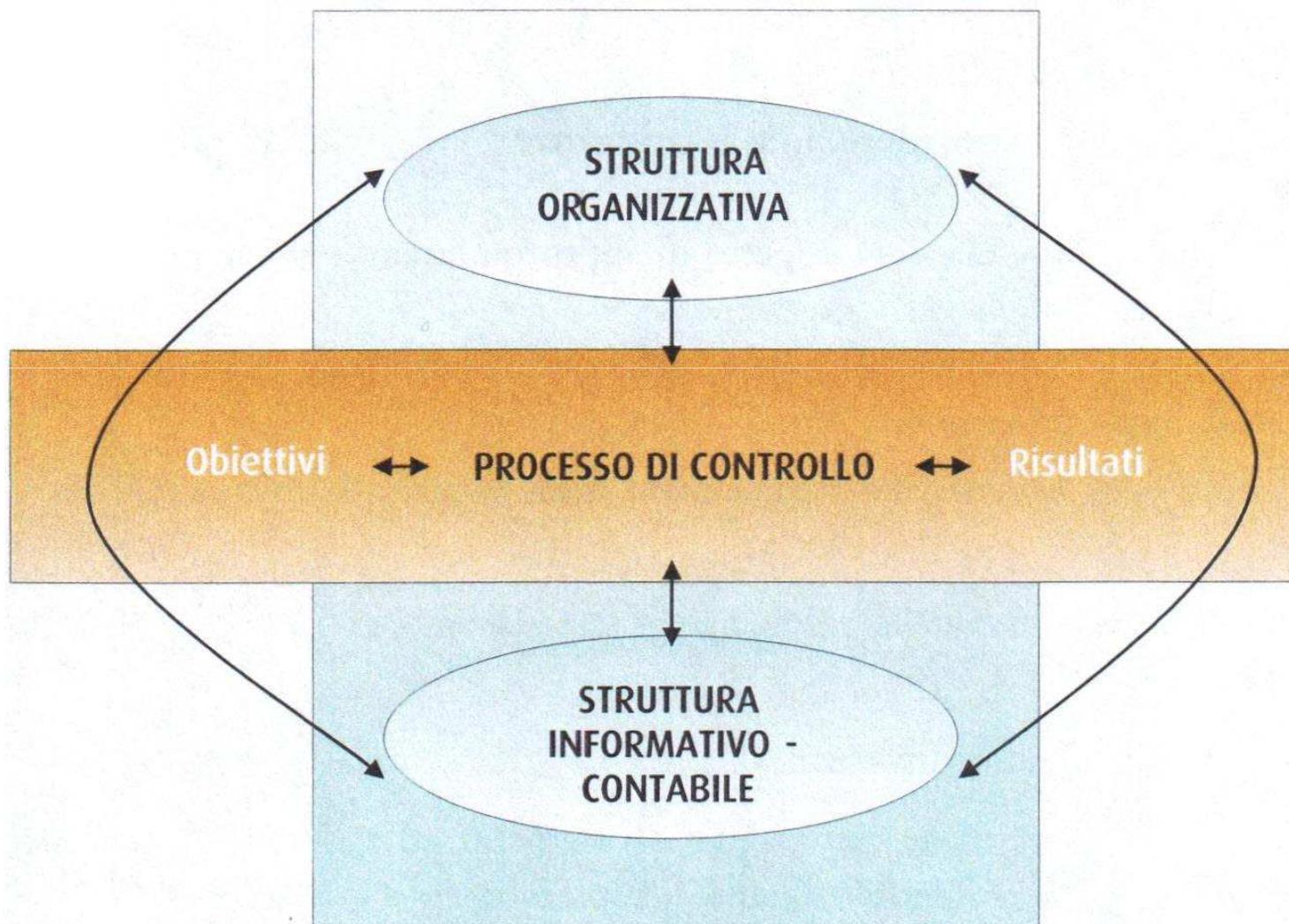
- Dimensione organizzativa
- Dimensione informativa

Su tali dimensioni strutturali si realizza il
processo di controllo

(Individuazione degli obiettivi, misurazione
delle performance, comparazione tra
risultati ed obiettivi, analisi degli
scostamenti)



Gli elementi del controllo di gestione



ELEMENTI FONDAMENTALI DEL SISTEMA DI CONTROLLO

- **I centri di responsabilità** ovvero le differenti tipologie di unità organizzative cui sono assegnate le responsabilità per i risultati economico-finanziari
- **Il processo** nel quale si articola l'operatività del sistema di controllo
- **La struttura tecnico-contabile di supporto** che comprende strumenti di rilevazione delle prestazioni, modelli di *reporting* ed analisi che nel loro complesso costituiscono la contabilità direzionale



La struttura organizzativa del controllo

Questo elemento individua ruoli, responsabilità economiche, compiti e organi, definendo le relazioni formali tra di essi e successivamente arrivando a creare una sorta di mappa delle responsabilità, con l'identificazione dei cosiddetti centri di responsabilità o unità organizzative, necessarie al fine di responsabilizzare ciascuna componente umana coinvolta nel raggiungimento degli obiettivi di ogni unità organizzativa individuata.



La struttura organizzativa del controllo

In tale ambito è possibile riscontrare sia organi che sono univocamente responsabili delle loro funzioni e delle loro azioni, che diversi organi che sono tra loro corresponsabili; quest'ultima situazione è possibile solo se tra le varie posizioni esistono delle relazioni ben definite che ne permettono il dialogo e la relativa cooperazione.



La struttura organizzativa del controllo

I ruoli individuano quindi i compiti da attribuire alle varie unità organizzative, determinando gli obiettivi da conseguire e le attività da porre in essere.

Successivamente vengono attribuite le responsabilità al fine di motivare i singoli e di determinare un sistema formale e solo infine vengono create le relazioni tra ruoli e responsabilità;

di fatto vengono espressi criteri di fondo con cui viene attuata la divisione del lavoro tra diversi operatori.



La struttura organizzativa del controllo

Le suddette relazioni possono essere sostanzialmente i due tipi: una di tipo **verticale** e uno di tipo **orizzontale**.

Nella prima esiste una relazione anche detta di tipo gerarchico, in quanto si tratta di una relazione di subordinazione, mentre nella seconda esiste una relazione tra organi di pari livello.

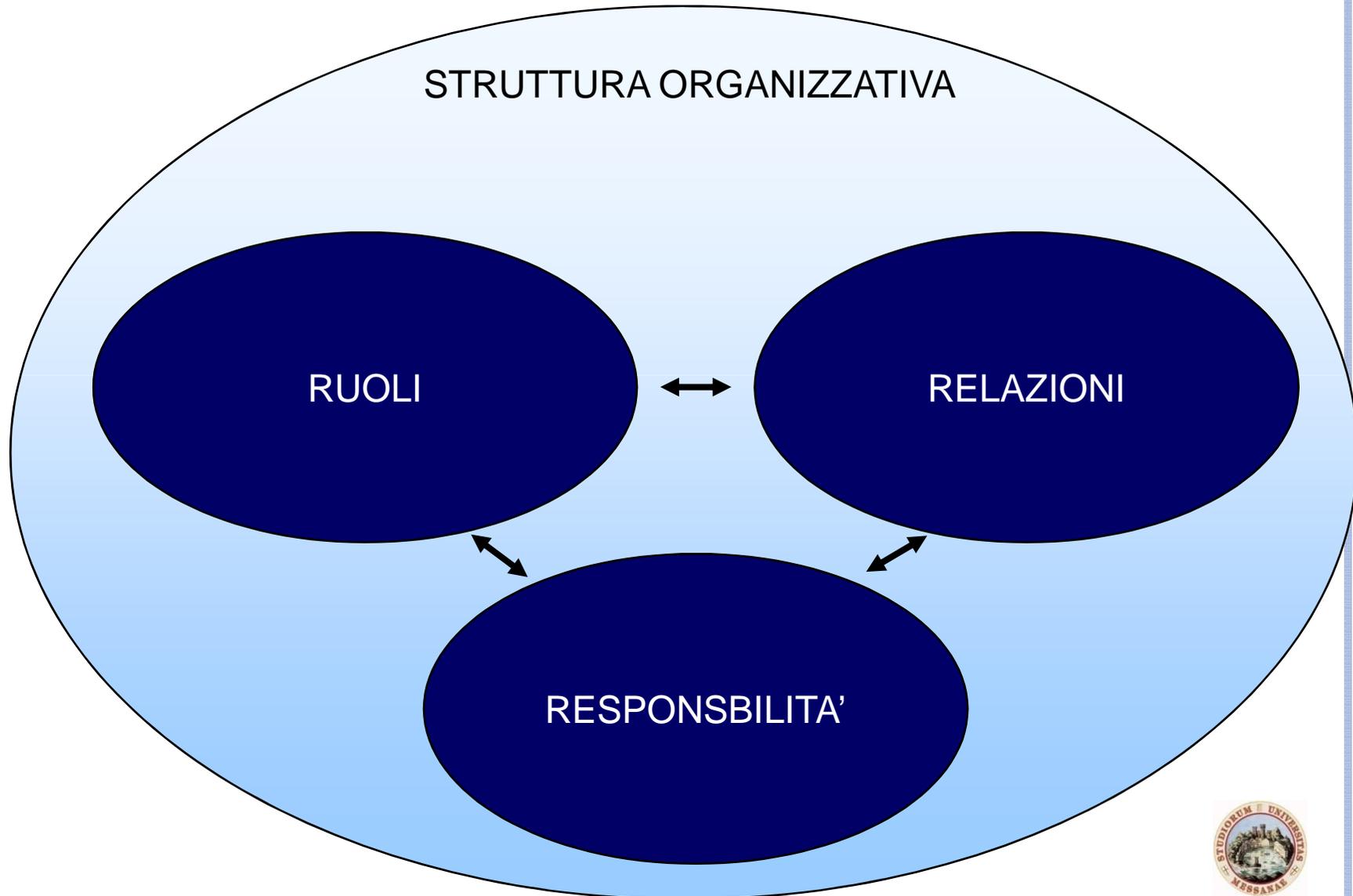


La struttura organizzativa del controllo

Come è facile intuire, nella struttura organizzativa ciò che è centrale è l'aspetto umano visto soprattutto nel suo svariate forme aggregative al cui interno i lavori più persona viene coordinato finalizzato.

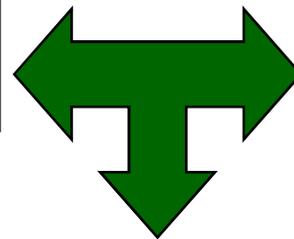


Gli elementi della struttura organizzativa del controllo



La coerenza tra struttura organizzativa e struttura informativa

Suddivisione in centri di responsabilità



Suddivisione in aree di risultato nell'ambito della CO.A.

Responsabilizzazione dei manager coinvolti nei vari centri



I centri di responsabilità CdR

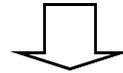
Unità organizzative il cui titolare è ritenuto responsabile del conseguimento di uno specifico insieme di risultati e/o dell'uso di determinati fattori produttivi

L'insieme dei centri di responsabilità costituisce la

Mappa delle responsabilità

La definizione della Mappa delle responsabilità

Si basa su



DELEGA del potere decisionale e delle responsabilità connesse al suo esercizio da parte dei vertici aziendali ai titolari dei singoli centri di responsabilità

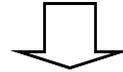
Le condizioni per l'efficacia del processo di delega



1. Il processo di delega deve essere introdotto con convinzione dalla Direzione aziendale (riconoscimento e diffusione delle finalità)
2. La delega non deve essere esclusivamente formale (No responsabilità senza potere decisionale)
3. Devono essere chiaramente definite le aree di competenza di ciascun CdR (Obiettivi e risorse disponibili)
4. Le competenze e le responsabilità dei diversi titolari di CdR devono essere fra loro coordinate (Coordinamento fra i diversi CdR)
5. Devono essere previsti adeguati meccanismi di controllo (non solo controllo risultati finali ma anche intermedi) 50



I vantaggi introdotti dalla presenza di un processo di delega



1. Maggiore tempestività di risposta alle richieste del mercato
2. Minore asimmetria informativa all'interno dell'azienda
3. Maggiore focalizzazione della direzione aziendale sulla definizione di obiettivi strategici e di strategie per il loro conseguimento
4. Minori costi di trasmissione delle informazioni dalle singole unità organizzative alla direzione
5. Maggiore motivazione dei titolari dei CdR

I centri di responsabilità



Centri di costo

Centri di ricavo

Centri di profitto

Centri di investimento

I centri di costo

CENTRO DI COSTO

l'unità minima di rilevazione cui si fa riferimento per la raccolta e l'aggregazione delle informazioni di costo

CENTRO DI RESPONSABILITA'

Un unità organizzativa che, sotto la guida di un responsabile governa autonomamente definite risorse e, svolgendo una serie di attività, ottiene risultati apprezzabili prevalentemente in termini di livelli di attività e di efficienza raggiunti individuano il sistema delle responsabilità



I centri di costo

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEL PIANO DEI CENTRI DI COSTO

1. OMOGENEITA' DELLE ATTIVITA' SVOLTE RISPETTO AI FATTORI PRODUTTIVI UTILIZZATI ED ALLE PRESTAZIONI EROGATE
2. POSSIBILITA' DI ATTRIBUIRE TUTTE LE VOCI DI COSTO PERTINENTI AL CENTRO DI COSTO INDIVIDUATO
3. SIGNIFICATIVITA' DELLE ATTIVITA' E DEI COSTI
4. ADERENZA ALLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA ED ALLE SPECIFICHE RESPONSABILITA'



I centri di costo

DEFINIZIONE STRUTTURA DEI CENTRI DI COSTO

Quali e quanti centri di costo?

Nelle aziende sanitarie tipicamente i centri di costo vengono raggruppati in 3 tipologie:

Centri di costo produttivi (intermedi e finali)

Centri di costo ausiliari

Centri di costo di struttura



I centri di costo

- Sono **Centri di costo produttivi (finali)** i reparti di degenza
- Sono **Centri di costo produttivi (intermedi e finali)** i servizi che erogano prestazioni sia per il mercato esterno (paz. Ambulatoriali) che per il mercato interno (paz. Ricoverati)
- Sono **Centri di costo ausiliari** i servizi interni accessori all'attività sanitaria (servizi alberghieri, manutenzione, centrale sterilizzazione, blocco operatorio...)
- Sono **Centri di costo di struttura** le funzioni aziendali esterne all'area produttiva (ragioneria, personale, affari generali,...)



I centri di costo

Chiusura dei centri di costo intermedi sui Centri di costo finali

I costi dei centri di costo ausiliari, di struttura devono essere ripartiti tra i centri di costo finali secondo basi di imputazione, in modo da calcolare il costo complessivo di ciascun centro di costo finale (Cdr)

- **quali basi di imputazione?**
- **quale sequenza di chiusura?**

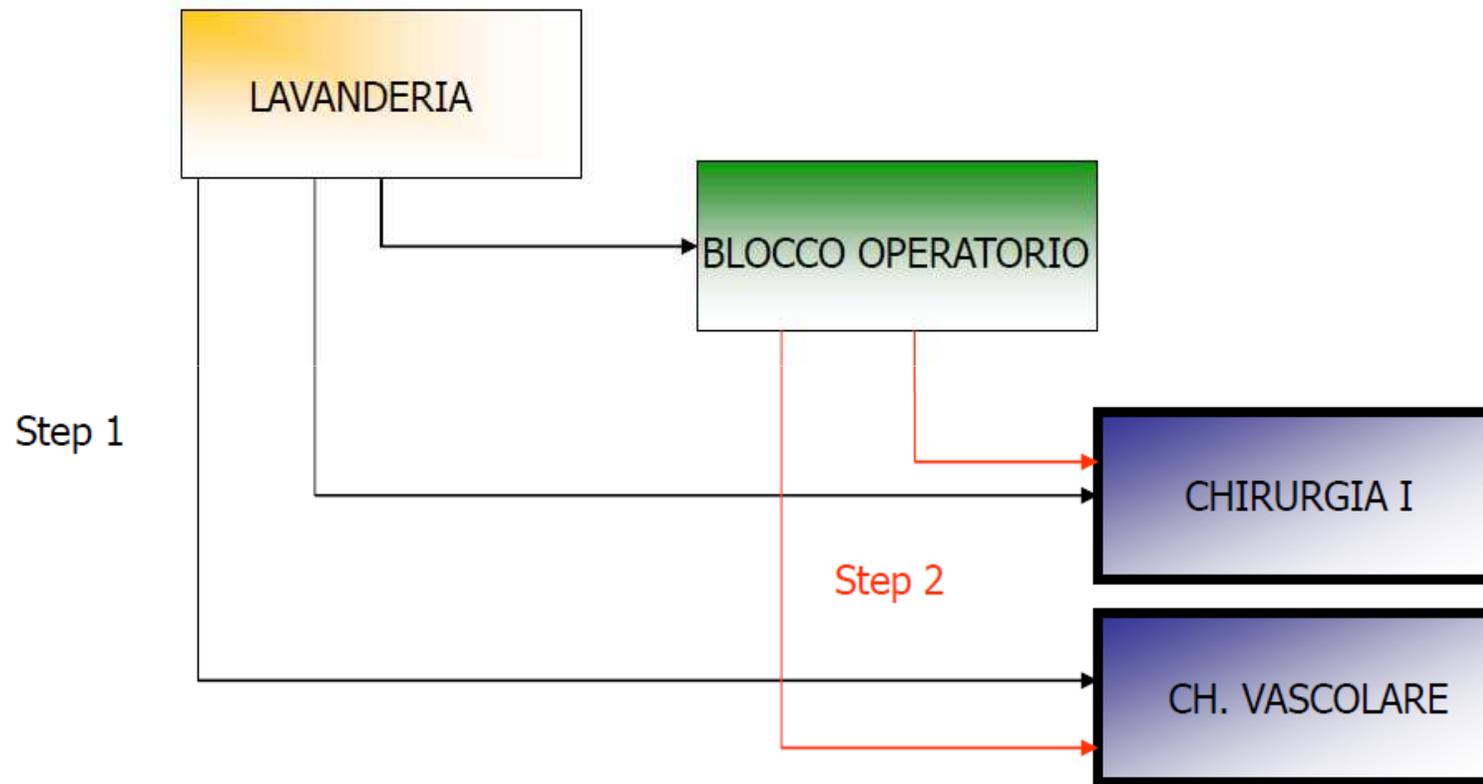


Le basi di imputazione: alcuni esempi

CENTRO INTERMEDIO	BASI DI IMPUTAZIONE
LAVANDERIA	Kg di biancheria pulita richiesta dalle U.O.
CUCINA E MENSA	Numero di pasti consumati per U.O.
SERVIZIO DIETOLOGIA	Numero di diete richieste dalle U.O.
CENTRALE DI STERILIZZAZIONE	Numero di unità sterilizzate per U.O.
FARMACIA	Frequenza scarichi da Farmacia per U.O.
BLOCCO OPERATORIO	Ore di utilizzo di sala operatoria per U.O.



Il ribaltamento “a cascata”



I Prezzi di trasferimento

Cosa sono?

Perché introdurli?

Quando introdurli?



I Prezzi di trasferimento

Cosa sono

- L'attribuzione ai centri di costo dei soli costi specifici perde efficacia, in termini di capacità di responsabilizzazione, in realtà complesse caratterizzate da frequenti scambi di prestazioni tra le parti dell'organizzazione
- il problema si accentua quando l'organizzazione serve sia il mercato esterno che il mercato interno
- i **prezzi di trasferimento** sono il meccanismo operativo tramite cui si attribuisce un valore alle prestazioni prodotte da un centro di costo fornitore ed utilizzate da un centro di costo utente



I Prezzi di trasferimento

Perché introdurli

- **Controllo economico ed esecutivo**
 - ✓ aumentare la completezza del risultato economico dei centri di responsabilità
- **Supporto al processo decisionale**
 - ✓ mercato interno versus mercato esterno
 - ✓ allocazione della capacità produttiva
- **Guida e motivazione**
 - ✓ influenzare i comportamenti volti al miglioramento dell'efficienza



I Prezzi di trasferimento

Quando introdurli

- **Un centro di costo produce una prestazione intermedia per altri centri di costo**
 - ✓ prestazione che fa parte di una prestazione più complessa
- **Il centro utente controlla in qualche misura la prestazione oggetto di trasferimento**
 - ✓ esiste una una relazione causa-effetto tra l'attività del centro utente e l'attività del centro fornitore
 - ✓ il centro utente ha discrezionalità nelle richieste da rivolgere al centro fornitore
- **L'attività del centro fornitore è misurabile**
 - ✓ quantità fisico-tecniche e valore



**IF YOU DON'T
HAVE DOUBTS,
YOU HAVEN'T BEEN
PAYING ATTENTION**

Grazie!
barresig@unime.it



gustavo barresi