



Controllo di Gestione in Sanità

Roma, 20/12/2024



Agenda

- 1** Il Sistema Sanitario Nazionale
- 2** Il finanziamento pubblico della sanità
- 3** Il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali
- 4** Diagnosis Related Group (DRG)
- 5** Il Controllo di Gestione
- 6** Il Ruolo del Sistema Informativo nel CdG
- 7** Ruolo dei Manager e dei Controller
- 8** Fasi del Processo di Programmazione e Controllo



La ricerca di un **modello di sistema sanitario** terminò con l'approvazione della legge **833/1978** che segnò la fine del sistema mutualistico e istituì il **Sistema Sanitario Nazionale**.



Il SSN nasce con la **finalità di tutelare la salute del cittadino** attraverso azioni di cura, prevenzione, e riabilitazione. Gli Istituti Sanitari hanno lo scopo di erogare i servizi e le prestazioni più appropriate.

Il fine dell'Azienda Sanitaria è il **recupero, mantenimento e promozione** della salute, come specificato nell'Art. 1 della legge 883/78, che introduce il SSN.



D.lgs. 502/1992 -> Regionalizzazione e aziendalizzazione della sanità Italiana

- ➔ Unità Sanitarie Locali si costituiscono Azienda con personalità giuridica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica
- ➔ Gli organi di rappresentanza sono: Direttore Generale (DG), Direttore Sanitario (DS) e Direttore Amministrativo (DA)
- ➔ Budget come metodo di responsabilizzazione sia delle direzioni aziendali sia dei singoli dirigenti rispetto all'allocazione delle risorse



D.lgs. 56/2000 -> Modalità di Finanziamento del SSN basato sulla capacità fiscale regionale

- ➔ **Lo Stato** definisce la quota di FSN (Fondo Sanitario Nazionale) e definisce i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), costituendo un Fondo di Garanzia per garantire la loro erogazione.

- ➔ **La Regione** percepisce la quota di FSR (Fondo Sanitario Regionale) sulla base di alcuni criteri:
 - Fondo Ordinario riferito al numero di abitanti, popolazione in valore assoluto o pesata per classi di età

 - Fondo per riequilibrio tra Regioni in applicazione del principio di solidarietà verticale: potere negoziale tra le Regioni e lo Stato

 - Fondo finalizzato a specifici obiettivi o progetti



Le Aziende Sanitarie Locali ricevono risorse sulla base dei seguenti criteri:

- **Il finanziamento secondo Quota Capitaria:** ricevono le risorse sulla base del numero di residenti sul territorio di riferimento ponderando la popolazione in relazione a:
 - Bisogni sanitari specifici;
 - Domanda potenziale di assistenza.

- **Il finanziamento per funzioni:** interessa il trasferimento di risorse alle aziende che svolgono attività rilevante a livello strategico, sanitario o sociale.

- **Il finanziamento attraverso altre entrate:** ticket o attività di libero professionali.

- **Il finanziamento a tariffa per prestazione:** basato sul sistema *Diagnosis Related Groups (DRG)* per i ricoveri e sul **Nomenclatore Tariffario** per le prestazioni ambulatoriali.



La ripartizione in **DRG** avviene sulla base di:

1. Quantità di risorse consumate
2. Durata della degenza
3. Profilo clinico

Le informazioni necessarie per la classificazione in DRG sono contenute nelle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** del paziente, che costituiscono, la base per il rimborso erogato dalla regione alle ASL/AO sulla base delle attività rilevate, remunerando le prestazioni mediante **tariffe** associate ai singoli DRG.

Le macrocategorie utilizzate sono 25 e sono definite *Major Diagnostic Categories* (MDC) o **Gruppi Diagnostici Principali**. L'attribuzione di un caso a una specifica MDC avviene sulla base della diagnosi principale di dimissione -> prima fase del processo di attribuzione del DRG.

Il peso relativo ad ogni DRG, indica il grado di impegno, complessità -> la **remunerazione** di ciascun DRG è proporzionale al suo peso ed è assegnata dal Ministero a livello centrale, mentre risulta di competenza Regionale l'attribuzione delle tariffe.

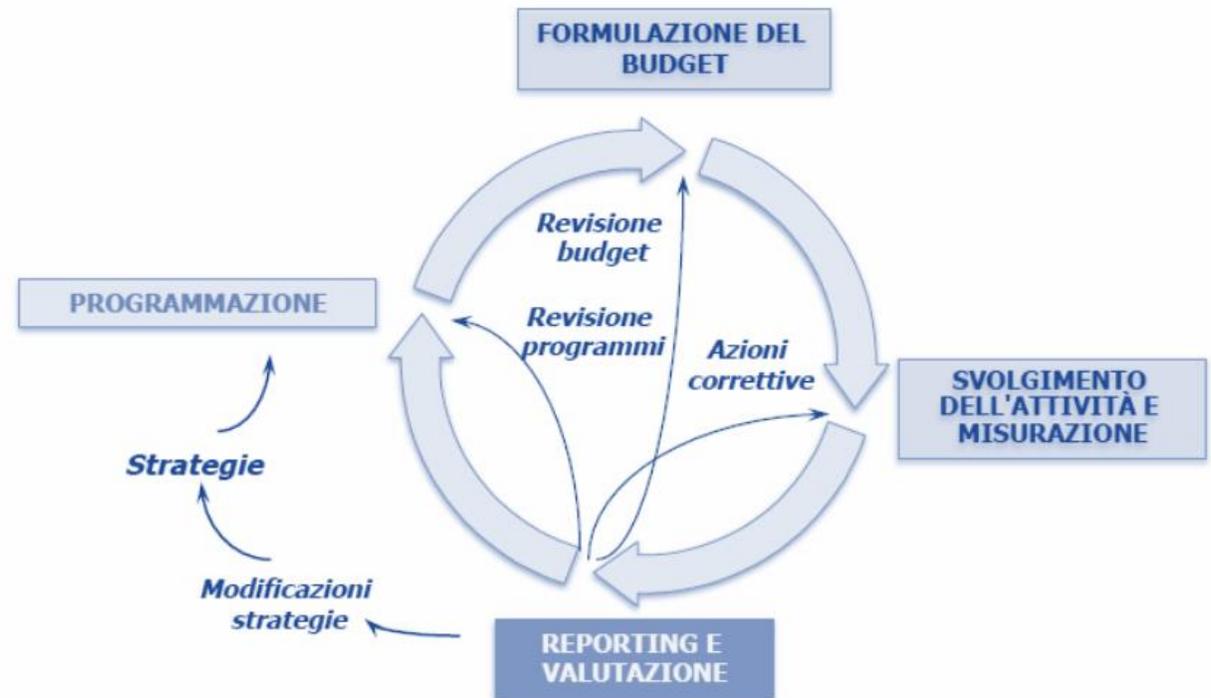


Le aziende sanitarie, sia locali che ospedaliere, si sono dotate di strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo -> **Controllo di Gestione (CdG)**

CdG può essere classificato come il processo attraverso il quale si **definiscono gli obiettivi** che l'azienda intende raggiungere e si **verifica** la rispondenza della gestione rispetto agli obiettivi prefissati in sede di pianificazione.

-> **il CdG deve essere supportato da un sistema informativo finalizzato alla rilevazione dei dati.**

Il processo di programmazione e controllo può essere sintetizzato come nel diagramma





Il Controllo di Gestione (CdG) è un processo volto a guidare la gestione **verso il raggiungimento di obiettivi aziendali** stabiliti in fase di pianificazione, verificarne il raggiungimento tramite indicatori e attuare, se necessario, azioni correttive.

D.lgs. 502/1992 introduce importanti novità in materia di Programmazione, Contabilità e Controllo di Gestione nelle ASL, con i seguenti obiettivi:

- ➔ **Garantire la qualità dell'assistenza**, assicurando che i servizi siano erogati in modo efficiente e sicuro
- ➔ **Ottimizzare l'utilizzo delle risorse**, riducendo le inefficienze e ottimizzando l'allocazione delle risorse
- ➔ **Aumentare la trasparenza**, rendendo pubblici i dati sulla gestione delle risorse e i risultati ottenuti.
- ➔ **Promuovere l'Accountability**, attribuendo responsabilità chiare ai diversi attori coinvolti nella gestione del Servizio Sanitario



Il Sistema Informativo aziendale permette di raccogliere i dati, elaborarli e trasformarli in informazioni utili a migliorare gli standard di assistenza. Gli obiettivi sono:

- ➔ Monitoraggio tipologia, numero e casistica pazienti
- ➔ Monitoraggio equilibrio economico, finanziario e patrimoniale
- ➔ Individuazione delle inefficienze



Le fonti informative sono flussi di dati che vengono prodotti da tutte le attività che si svolgono all'interno di un'azienda. Nelle Aziende Sanitarie, vengono prodotti principalmente informazioni sanitarie ed economiche.



Il Ruolo del Controllo di Gestione è utilizzare i dati provenienti da tutte le fonti informative aziendali per supportare la Direzione Strategica nel processo decisionale attraverso:

- ➔ Analisi di Benchmarking
- ➔ Analisi degli Scostamenti



I Sistemi di Controllo sono influenzati dalle tecnologie informative in uso, le quali sono in grado di trasferire informazioni di diversa natura e tipologia.



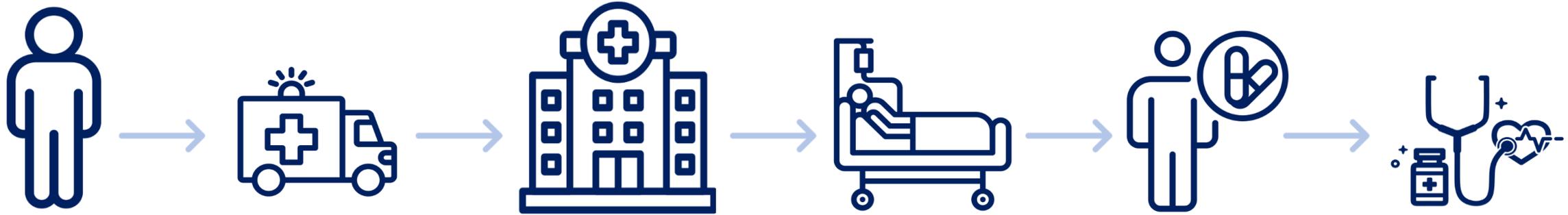
Business Intelligence > processi e gli strumenti utilizzati per analizzare i dati aziendali, trasformarli in informazioni fruibili e consentire a chiunque all'interno di un'organizzazione di assumere decisioni più informate.



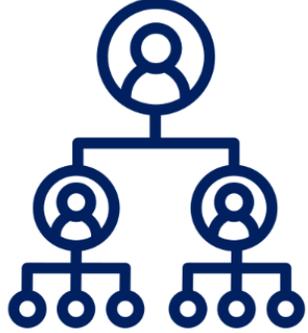
Software Gestionale > insieme dei software che automatizzano i processi di gestione all'interno delle organizzazioni (aziende, non profit, pubblica amministrazione)



Microsoft Office > suite composta da programmi per la modifica e la collaborazione di documenti, l'archiviazione di file, la posta, la gestione dei progetti e altre attività.



1. Paziente si sente male e chiama l'ambulanza
2. L'ambulanza lo porta al Pronto Soccorso più vicino
3. Paziente entra in PS e viene visitato
4. Paziente viene trasferito in Reparto di Degenza
5. Paziente viene operato e dopo 7 gg dimesso a domicilio con una terapia farmacologica
6. Paziente dopo 10 gg va a farsi visitare in ambulatorio ed entra nel PDTA



Top Management > Direzione Generale composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo

Middle Management > Direttori di Dipartimento e di Distretto, soggetti responsabili di strutture complesse che partecipano attivamente alla pianificazione strategica (ospedaliera e territoriale) e all'intero processo di Controllo di Gestione

- ➔ Direttori di Dipartimento hanno la responsabilità sia in ambito clinico-organizzativo sia in ambito gestionale, partecipando alla programmazione aziendale e negoziando il piano annuale delle attività
- ➔ Direttori di Distretto hanno la responsabilità gestionale delle risorse in modo da poter garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale



Medico-Manager > figura chiave preposta al mantenimento di alti livelli di qualità ed efficienza delle prestazioni

- ➔ Criticità: conflitto tra i valori professionali medici e le esigenze di efficienza, controllo dei costi e razionale allocazione di risorse.



Il Controller (o Responsabile del Controllo di Gestione) è colui che si occupa di fornire il necessario supporto informativo per la programmazione delle attività aziendali, mediando tra la sfera amministrativa e medico-sanitaria:

- ➔ Supportando la definizione degli obiettivi e pianificandone il raggiungimento;
- ➔ Monitorando la Performance



Le principali criticità del ruolo del Controller nelle Aziende Sanitarie è il possibile contrasto tra obiettivi di economicità e obiettivi sanitari, spesso difficili da valutare in termini quali-quantitativi nel breve periodo.

Professionista Sanitario	Controller
Orientamento all'Azione	Orientamento alla Programmazione
Orientamento al Risultato Immediato	Orientamento al Risultato Programmato
Orientamento al Paziente	Orientamento all'Organizzazione

1. Programmazione e Budgeting



Il processo di formulazione del Budget consiste in un processo di previsione che definisce sia le attività e gli obiettivi che si intende perseguire sia le risorse umane, strutturali, tecnologiche e finanziarie.



Per una corretta allocazione dei costi e dei ricavi all'interno delle Aziende Sanitarie, è necessario avere un sistema di Contabilità Analitica.

La Contabilità Analitica (Co.An.) è un sistema strutturato di monitoraggio interno dei costi e dei ricavi, che vengono rielaborati e riclassificati in modi differenti, a seconda della metodologia che un'azienda intende adottare. La Co.An. si fonda su:



Centro di Costo (CdC): unità di raggruppamento che viene utilizzata per l'imputazione dei ricavi e dei costi. Nelle Aziende Sanitarie, i CdC sono spesso associati ai reparti che fanno capo ad un'Unità Organizzativa.

1.1. La Contabilità Analitica



Il D.lgs. n. 502/1992 ha introdotto l'obbligo normativo per la tenuta della contabilità analitica, ribadito poi dall'Intesa Stato Regioni del 2005.

Le aziende sanitarie sono state chiamate, quindi, ad assicurare ai cittadini l'erogazione dei servizi medico-sanitari, garantendo un alto livello di qualità delle prestazioni offerte, compatibilmente con le risorse disponibili, secondo i criteri di efficienza ed efficacia.



La contabilità Analitica (**COAN**) conserva gli scopi per cui è stata tradizionalmente utilizzata

- ➔ **Orientare** gli interventi della Direzione nell'esercizio in corso
- ➔ **Valutare** i risultati conseguiti in ciascun centro di costo
- ➔ Trarre informazioni per l'attività di **programmazione**

La COAN è l'insieme delle misurazioni mediante le quali si determinano i costi/ricavi di particolari centri di costo.

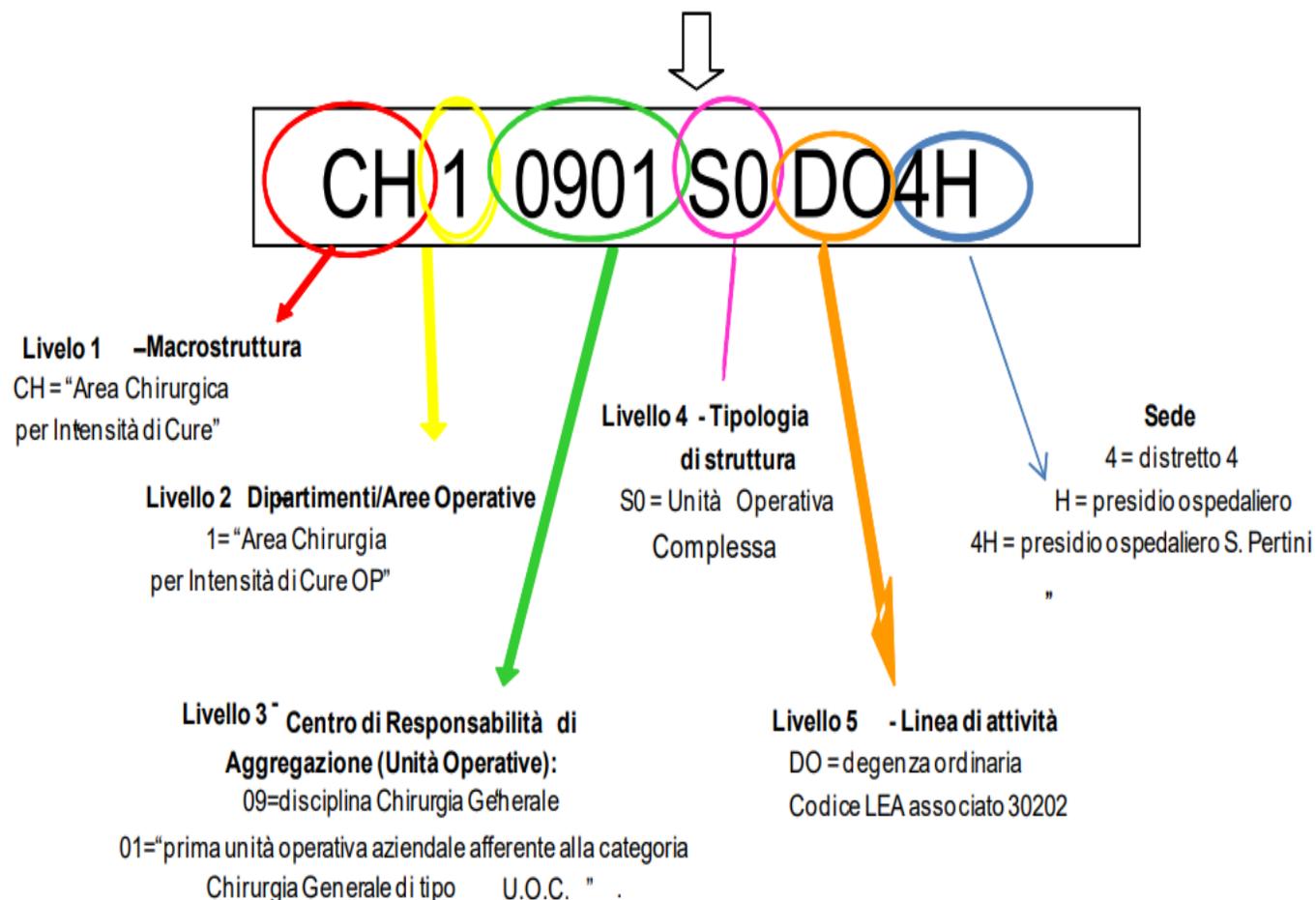
Ha quindi lo scopo di fornire alla Direzione le informazioni necessarie alla governance.

Ma che cosa sono i centri di costo?

Sono unità contabili dell'azienda. Ogni azienda, infatti, può essere ripartita in diverse aree o strutture organizzative che generano costi e che possono quindi essere monitorati e contabilizzati separatamente.

I Centri di Costo (CdC) vengono generalmente classificati in:

- ➔ Centri di costo per prestazioni finali
- ➔ Centri di costo ausiliari
- ➔ Centri di costo generali



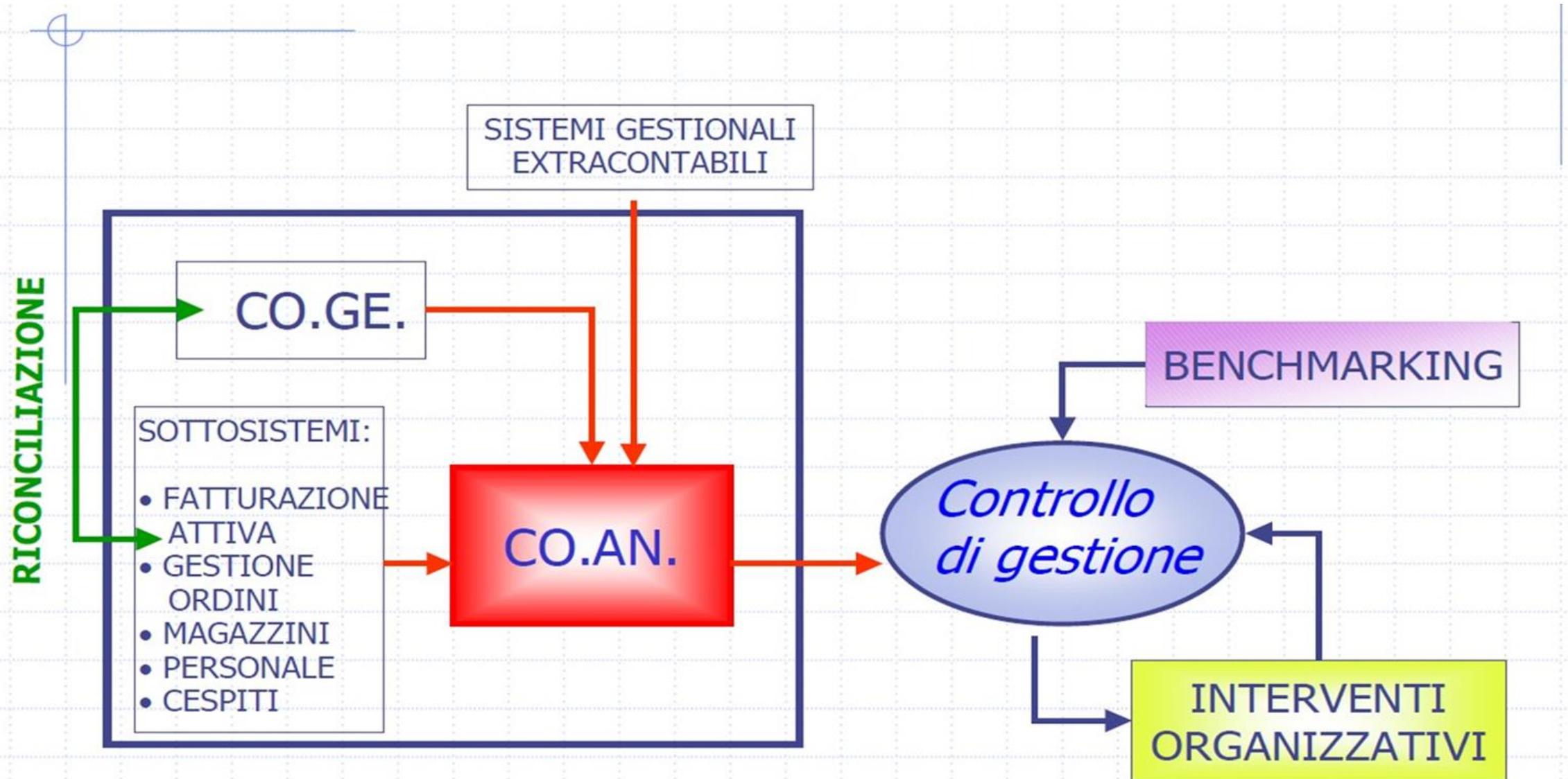


Piano dei Fattori Produttivi

Il piano dei fattori produttivi è una classificazione delle risorse necessarie per la produzione di prestazioni e servizi ordinati per “natura” (es. personale, beni di consumo, ecc.) e attribuiti ai centri di costo in base alla “destinazione”, ossia attribuiti alle strutture aziendali che li utilizzano per lo svolgimento dell’attività.

Il piano dei fattori produttivi viene in genere elaborato a partire da piano dei conti di contabilità generale, creando ulteriori dettagli laddove sia ritenuto utile un flusso di informazioni più analitico.

LIVELLO	COSTO/ RICAVO	LIV 1	LIV 2	LIV 3	LIV 4	LIV 5	LIV 6	LIV 7	LIV 8	CODICE	DESCRIZIONE CONTO
0	CC									CC	COSTI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA
1	CC	01								CC01	PERSONALE
2	CC	01	01							CC0101	Costo del personale Ssn
3	CC	01	01	01						CC010101	Costo del personale Ssn - ruolo sanitario
4	CC	01	01	01	01					CC01010101	Costo del personale Ssn - ruolo sanitario - dirigente
5	CC	01	01	01	01	01				CC0101010101	Costo del personale Ssn - ruolo sanitario - dirigente - medico
6	CC	01	01	01	01	01	01			CC010101010101	Costo del personale Ssn - ruolo sanitario - dirigente - medico - medico
7	CC	01	01	01	01	01	01	01		CC01010101010101	Costo del personale Ssn - ruolo sanitario - dirigente - medico - medico - Tempo Indeterminato
8	CC	01	01	01	01	01	01	01	001	CC01010101010101001	Costo del personale Ssn - ruolo sanitario - dirigente - medico - medico - Tempo Indeterminato - competenze fisse





1. Paziente viene ricoverato in reparto di degenza
2. Paziente viene operato all'anca
3. Paziente viene dimesso in Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO)
4. Paziente viene trasferito nel reparto di Ortopedia e Traumatologia
5. Paziente dopo 4 gg viene dimesso a domicilio

2. Ciclo della Performance Organizzativa



Ciclo della Performance è un processo che collega la pianificazione strategica alla programmazione operativa, definendo obiettivi e indicatori misurabili.



Fase 1 > Definizione e Negoziazione degli Obiettivi e rispettivi indicatori con le Unità Operative.

➔ Top - Down: obiettivi strategici che vengono assegnati dalla Direzione

➔ Bottom - Up: obiettivi proposti dalla UO su attività peculiari e/o progetti che si vuole valorizzare



Fase 2 > Monitoraggio periodico degli Indicatori (Mensile, Trimestrale, Semestrale)

➔ Modalità: Cruscotti Direzionali/ Reportistica Cartacea

➔ Finalità: Attuare manovre correttive per il raggiungimento dell'obiettivo



Fase 3 > Valutazione del Raggiungimento degli Obiettivi

➔ Remunerazione sulla base del raggiungimento dell'obiettivo

➔ Audit sulle motivazioni che non hanno permesso il raggiungimento dell'obiettivo

Fasi del Processo di Programmazione e Controllo 8/9

SCHEDA DI PERFORMANCE

Macrostruttura: Area Ortopedica
 UOC/UOSD: UOC Ortopedia e Traumatologia Ospedale 1
 Direttore: Mario Rossi

Indicatore	Numeratore	Denominatore	Fonte Dati	Valore Atteso 2024	Peso	I Sem	II Sem	Istruttoria	Peso Raggiunto
% ricette dematerializzate	N. ricette dematerializzate erogate	N. ricette totali erogate	Sistema TS	≥ 90%	15	92,2	94,5	RAGGIUNTO	15
Consulenze espletate entro 1 h per il PS, urgenti	N. consulenze per accessi con urgenza o emergenza espletate entro 1 ore	N. consulenze per accessi con urgenza o emergenza	GIPSE	≥ 60	10	68,9	71,1	RAGGIUNTO	10
Consulenze espletate entro 2 h per il PS, non urgenti	N. consulenze per accessi con urgenza differibile o minore o non urgenza espletate entro 2 ore	N. consulenze per accessi con urgenza differibile o minore o non urgenza	GIPSE	≥ 80	10	86,3	86,6	RAGGIUNTO	10
Degenza media - ordinari	Somma dei gg di degenza - regime ordinario	n. dimessi - regime ordinario	SIO	< 5,6	10	6,2	5,6	RAGGIUNTO	10
Elaborazione PDTA Ortopedico	SI/NO		Deliberazione	SI	5		SI	RAGGIUNTO	5
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	N. di ricoveri per protesi di ginocchio per PO che effettuano l'intervento		P.Re.Val.E	≥ 80	5	75	95	RAGGIUNTO	5
Proporzione di dimessi in giorni festivi e prefestivi	N. dimessi in giorni festivi e prefestivi	N. dimessi	SIO	> 20%	5	13,6	15,6	NON RAGGIUNTO	0
Proporzione di interventi chirurgici entro 48 ore su persone con frattura di femore età >64 anni	N. dimessi età >64 aa con frattura di femore operati entro 48h	N. dimessi età >64 aa con frattura di femore operati	SIO	≥ 90%	10	85,2	84,9	RAGGIUNTO	10
Proporzione Interventi chirurgici programmati classe A effettuati entro 30 gg - Intervento protesi d'anca	N. ricoveri programmati con classe di priorità A e tempo d'attesa (diff. tra data ric e data prenotazione) ≤ 30gg - Protesi anca (criteri Allegato 1 - DGR 197/2023)	N. ricoveri programmati con classe di priorità A - Protesi anca (criteri Allegato 1 - DGR 197/2023)	SIO	≥ 90%	20	8,3	15,7	NON RAGGIUNTO	0
Tasso di Occupazione delle Sale Operatorie per gli interventi in regime Ordinario (touch time)	Tasso di Occupazione delle Sale Operatorie per gli interventi in regime Ordinario (touch time)		DigiStat	> 75%	10	89,7	89,7	RAGGIUNTO	10

100

75



Piano della Performance è un documento programmatico triennale che definisce le risorse, gli obiettivi, gli indicatori e le modalità di misurazione e valutazione



Relazione della Performance è un documento che evidenzia, a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse assegnate, rilevandone gli eventuali scostamenti



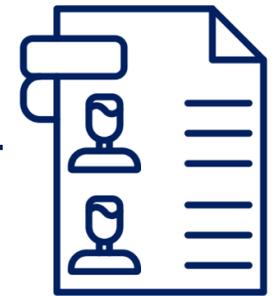
La Relazione della Performance deve essere validata dall'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** che ha il compito di:

- ➔ Monitorare il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni
- ➔ Elaborare una relazione annuale sull'andamento del Ciclo di Performance
- ➔ Comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo e amministrazione.
- ➔ Proporre all'organo di indirizzo politico e amministrativo, sulla base di quanto riscontrato, la valutazione annuale dei Dirigenti di Vertice e l'attribuzione dei premi



Grazie per l'attenzione!

Q&A??



Carola Maggi
MSc. Health Economics
Healthcare Consultant

c.maggi@bihealth.it

Irene Moretti
MSc. Health Economics
Healthcare Consultant

i.moretti@bihealth.it