



I SISTEMI DI REPORTING: PRINCIPI E CRITERI DI FUNZIONAMENTO

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

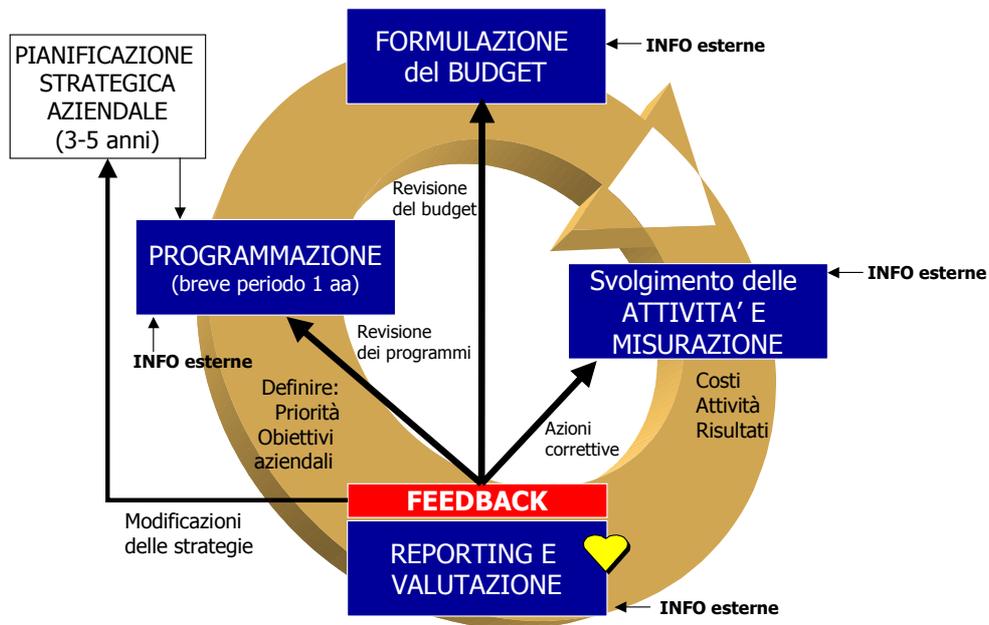
INTRODUZIONE

I sistemi di reporting intra-aziendali rivestono una importanza strategica nel mantenere il sistema organizzativo in piena efficienza e permettere la diffusione delle informazioni ai vari livelli interessati. Il sistema di reporting fa parte dei sistemi di programmazione e controllo essendo il “cuore” di tali sistemi. Il controllo infatti non può esplicarsi senza un passaggio tempestivo di informazioni sulle attività correnti e la programmazione non può essere fatta se non si è in possesso di informazioni e dati relativi alle attività, alle risorse impiegate e ai risultati ottenuti precedentemente.

I sistemi possono essere più o meno complessi e performanti in base alle necessità e alle risorse disponibili, ma il concetto principale da condividere è che non se ne può fare a meno. Anche a livello microorganizzativo, l'attività di reporting è fondamentale ed irrinunciabile. Nessun team sarà in grado di operare a lungo se gli operatori non hanno informazioni a feedback delle loro attività. I sistemi di reporting non devono però essere considerati una noiosa attività per documentare ai propri superiori le attività svolte, magari dopo mesi che sono terminate, ma con moderni ed efficienti sistemi devono essere in grado di far comprendere “just in time” se le attività programmate stanno rispettando le attese e se gli obiettivi prefissati vengono raggiunti. Tutto questo come è facilmente comprensibile rientra in una logica budgetaria di cui per l'appunto i sistemi di reporting fanno parte. In altre parole i sistemi di reporting traggono la loro validità ed utilità dalla preesistenza di un sistema di budget che fissi obiettivi verificabili, che espliciti un controllo costante delle attività e delle risorse consumate e ne “riferisca” rapidamente a chi può mettere in atto opportuni correttivi (se necessario).

Il processo di programmazione e controllo è un processo circolare e continuo dove il controllo (III fase – reporting) è il “cuore” del ciclo di Antony perché lì si attiva il processo decisionale.

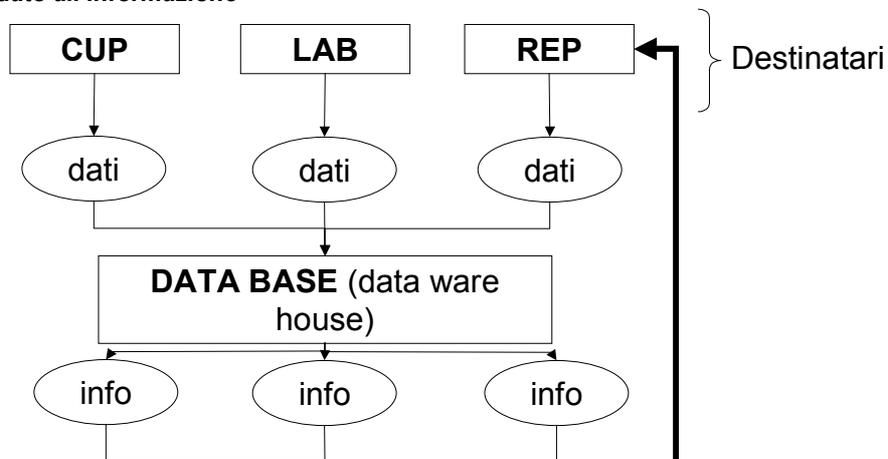
Fig. 1: Il ciclo di Anthony e il reporting



DEFINIZIONE: IL SISTEMA DI REPORTING (S.R.)

Il sistema di reporting è una "Attività di comunicazione" finalizzata alla produzione di informazioni "just in time" tramite la raccolta e l'elaborazione di dati, a supporto del processo di budgeting e del decision making.

Fig. 2: Dal dato all'informazione



Nell'attività di reporting è necessario tenere in considerazione che i destinatari (riceventi) sono portatori di **CONTROLLO DI GESTIONE** - proprie responsabilità



specifiche, pregiudizi e credenze. Tutto questo deve essere tenuto in considerazione al fine di confezionare informazioni che siano poi recepite in modo giusto e per le necessità emergenti.

TIPO DI COMUNICAZIONE

Le comunicazioni possono essere di vario tipo: orali, scritte, in forma scritta discorsiva (poco immediata ma più orientante e fedele alle interpretazioni del reportista), in forma tabellare (asettica, richiede l'interpretazione del lettore), in forma grafica (immediata, meno specifica e dettagliata).

FINALITÀ DEL REPORTING

Le finalità del report possono essere di tipo generale e specifico.

Le *generali* sono:

- diffondere conoscenze all'interno dell'azienda;
- stimolare l'attenzione;
- far capire situazioni e fenomeni;
- produrre interventi.

Mentre le *specifiche* sono:

- *di conoscenza*: fornire conoscenze strutturate e di tipo generale sul contesto aziendale in cui si opera, anche non in relazione con l'ambito di responsabilità. Fornire inoltre conoscenze generale comuni a tutti i responsabili dei diversi settori attraverso report non standardizzati.
- *di controllo*: finalizzate a prendere decisioni spesso per problemi specifici, fornire report centrati sulle variabili su cui i dirigenti sono responsabilizzati. Fornire inoltre conoscenze specifiche all'ambito di azione e responsabilità attraverso report standardizzati.
- *decisionali*: fornire informazioni in relazione diretta con le decisioni da prendere.

TIPOLOGIA DEI REPORT

I report possono quindi essere classificati in: di conoscenza, di controllo e decisionali.

I primi in particolare possono essere di vario tipo:

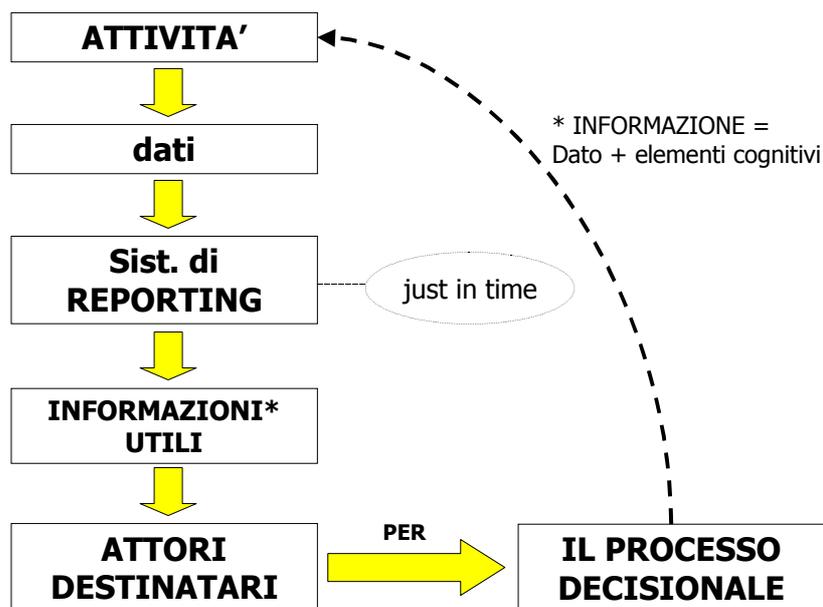
- di routine (strutturati, periodici, standard);
- di approfondimento (a richiesta) più analitici;
- non strutturati, ad hoc, per problemi specifici.

Essi possono essere distribuiti in forma congiunta o in forma disgiunta. La decisione di fornire i report nelle varie forme dipende dalle esigenze informative e dalle strategie aziendali. La diffusione di informazioni utili comporta anche che si definisca il livello di volume informativo che si vuole diffondere, valutando anche che un volume molto alto di informazioni può generare disorientamento soprattutto nei processi decisionali.

Fig. 3: Classi e Report



Fig. 4: Dal dato all'informazione



REPORTING: SPECIFICITÀ DELLE INFORMAZIONI

Le informazioni da inviare devono avere un grado di dettaglio idoneo a far comprendere la situazione delle variabili da governare (cogliere problemi) creando la possibilità di prendere decisioni e mettere in atto azioni correttive (intervenire praticamente).

Le informazioni inoltre devono essere in grado di far valutare i risultati delle attività (controllare gli effetti) e devono essere tarate sul livello gerarchico (reale potere decisionale) con il giusto grado di dettaglio e di aggregazione.

I vari operatori con i vari ruoli e livelli gerarchici infatti hanno bisogno di informazioni diversificate soprattutto nel grado di dettaglio ed aggregazione e nella specificità dei contenuti.



Più aumenta il livello gerarchico e più aumenta il grado di aggregazione delle informazioni e più diminuisce il grado di dettaglio necessario.

Le informazioni necessarie infatti per la direzione strategica, sono più di tipo gestionale, amministrativo e contabile con alto grado di aggregazione, mentre per le U.O. di tipo clinico le informazioni devono essere più dettagliate e maggiormente orientate alle attività cliniche e ai risultati ottenuti sia in termini di output che di utilizzo particolareggiato delle risorse. Nel confezionare i report sarà quindi necessario trovare il giusto bilanciamento.

Fig. 5: Specificità delle informazioni

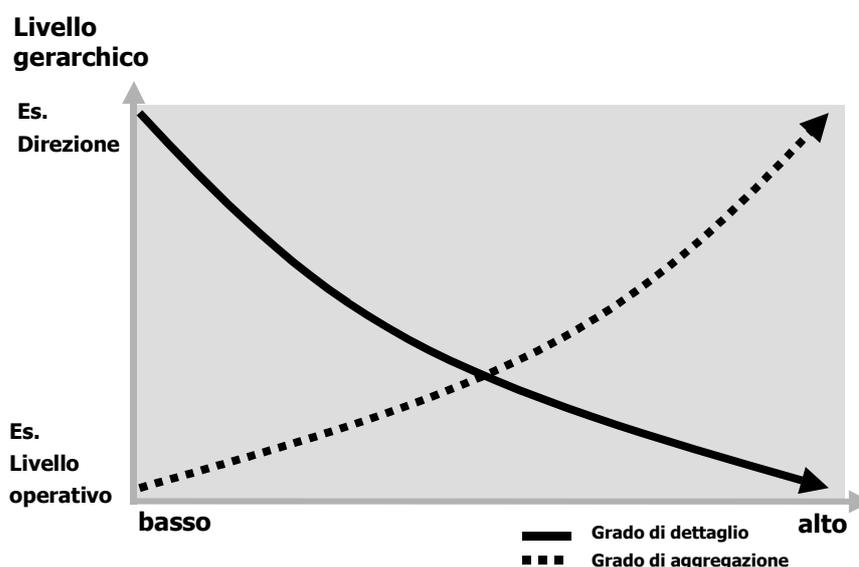
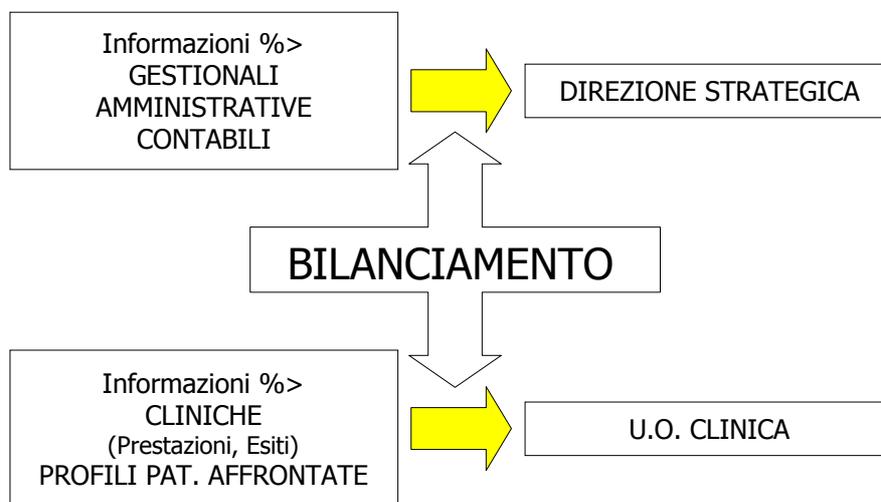


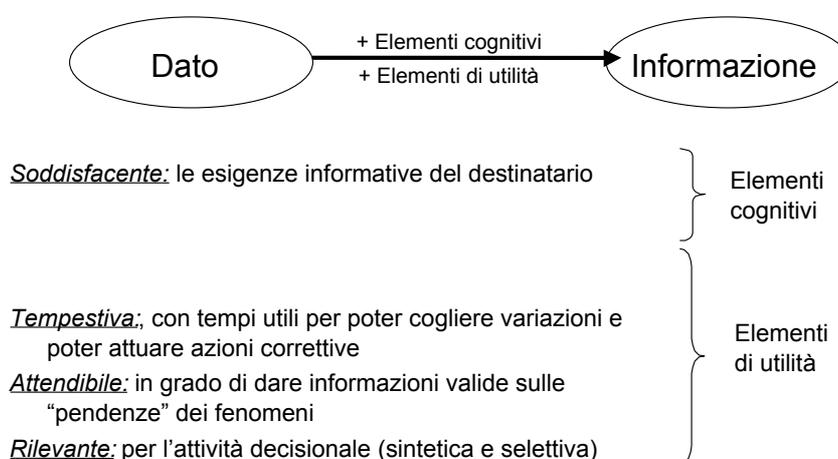
Fig. 6: Dal dato all'informazione



TIPOLOGIA PREVALENTE DELLE INFORMAZIONI E LIVELLI Nel confezionare i report va anche tenuto in considerazione che il dato diventa informazione quando vi è una aggiunta di elementi cognitivi, cioè è in grado di soddisfare le esigenze informative del destinatario, e di elementi di utilità.

Questi elementi riguardano la tempestività, l'attendibilità e la rilevanza. La figura successiva definisce questi concetti.

Fig. 7: Dal dato all'informazione



La tempestività è la caratteristica da tenere più in considerazione. Poter intervenire sui fenomeni prima che questi diventino imm modificabili, è sicuramente una cosa da perseguire. Per tale motivo le attività di feedback dei report devono essere più rapide possibile. Un ottimo rapporto fornito alla fine di una attività e che non permetta l'intervento correttivo, perde la sua utilità e quindi la sua principale ragione di essere.

Vale quindi la pena di distinguere i "progress report" dai "final report" che sono delle prese d'atto finalizzati soprattutto ad una valutazione statica che non attiva interventi correttivi sulle attività.

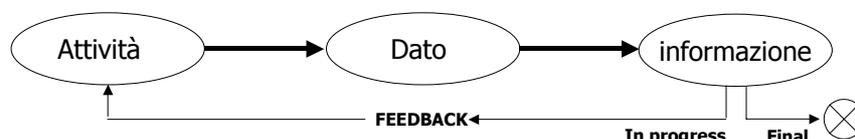
CRITERI PER LA COSTRUZIONE DI UN SISTEMA DI REPORTING COLLEGATO AL BUDGETI

criteri principali per la costruzione di un sistema di reporting sono molti ed in particolare:

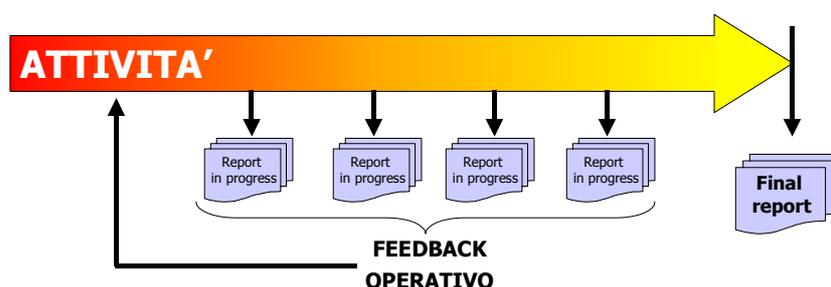
1. rilevanza;
2. controllabilità;
3. concisione/selettività;
4. gerarchizzazione;
5. frequenza/tempestività;
6. attendibilità;
7. comprensibilità;
8. confrontabilità,



Fig. 8: I



- **Tempestiva:** con tempi utili per poter cogliere variazioni e poter attuare azioni correttive



Ne esistono anche altre, quali ad esempio: Orientamento, Bilanciamento, Leggibilità e Flessibilità.

La tabella successiva riporta in sintesi i criteri principali e le specifiche di essi.

Tab.1: Criteri per il reporting

	CRITERI	SPECIFICHE
1	Rilevanza	In grado di cogliere variabili importanti per il destinatario.
2	Controllabilità	Delle variabili di riferimento su cui si esegue l'informazione (da parte del destinatario dell'informazione): possibilità da parte del destinatario di incidere realmente con correttivi.
3	Concisione/selettività:	Rapporto tra informazioni determinanti e informazioni non indispensabili.
4	Gerarchizzazione	Dettaglio e grado di aggregazione dei dati in base al livello gerarchico (decisionale) e l'uso futuro del destinatario.
5	Frequenza/tempestività	Adatta a permettere l'attivazione di azioni correttive valide ed in tempo utile, coerente con i tempi di variazione del fenomeno e la fattibilità del report.
6	Attendibilità	Delle informazioni: fortemente dipendente dall'affidabilità delle fonti dei dati, accuratezza e motivazione del "data enter".

7	Comprensibilità	Bassa ridondanza, densità e leggibilità dei dati, bassa presenza di variabili inutilizzate nel processo di decisioni.
8	Confrontabilità	Presenza di un parametro di confronto (visualizzazione degli scostamenti) in termini: spaziali temporali e standard.
9	Orientamento	Individuare variabili da privilegiare sulla base dei bisogni informativi.
10	Controllabilità	Delle variabili di riferimento su cui si esegue l'informazione (da parte del destinatario dell'informazione): possibilità da parte del destinatario di incidere realmente con correttivi.
11	Bilanciamento	Tra tempestività e precisione della fornitura dell'informazione: concentrare l'attenzione più sui trend che sul dato puntuale.
12	Leggibilità	Con forma discorsiva, tabellare e grafica.
13	Flessibilità	Poter variare i profili di report in base alle esigenze informative estemporanee.

Fig. 9: Confrontabilità

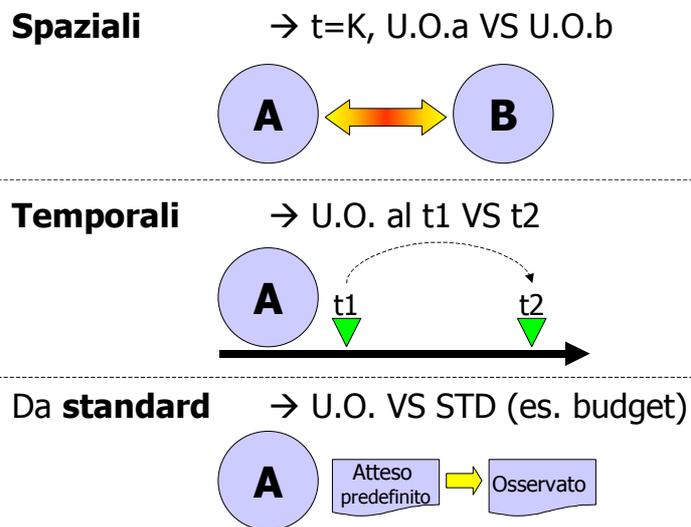




Fig. 10: Esempio di uno schema per un report annuale delle attività di un Dipartimento delle Dipendenze in 10 punti.

<p>1. Introduzione e premesse</p> <p>1.1. Considerazioni sul fenomeno</p> <p>1.2. Le strategie generali e i riferimenti di base</p> <p>1.3. I bisogni e le priorità</p> <p>1.4. Considerazioni sintetiche alle tabelle</p> <p>1.5. Le dipendenze affrontate e le dipendenze da affrontare</p> <p>1.6. La necessità di introdurre un orientamento scientifico</p> <p>1.7. Gli obiettivi generali 2000 e grado di raggiungimento</p>
<p>2. Bacino di utenza (i bisogni)</p>
<p>3. Organizzazione e risorse</p> <p>3.1. Organizzazione del Dipartimento delle Dipendenze</p> <p>3.1.1. componenti del nucleo ristretto</p> <p>3.1.2. unità organizzative del Dipartimento</p> <p>3.1.3. struttura di coordinamento</p> <p>3.1.4. dipartimento allargato (nucleo di consenso)</p> <p>3.1.5. unità ed organizzazioni convenzionate (elenco e caratteristiche)</p> <p>3.2. Dotazioni organiche</p> <p>3.3. Dislocazione delle strutture</p>
<p>4. Carico di utenza:</p> <p>4.1. Tossicodipendenti:</p> <p>4.1.1. presso i Ser.T</p> <p>4.1.2. in comunità terapeutica:</p> <p>4.1.2.1. in comunità convenzionate</p> <p>4.1.2.2. in comunità diurna pubblica</p> <p>4.1.3. in carcere (unità funzionale td – UFTD)</p> <p>4.2. Alcolodipendenti:</p> <p>4.2.1. presso i Ser.T</p> <p>4.2.2. in comunità terapeutica</p>
<p>5. Prestazioni:</p> <p>5.1. Scheda budget 2000 (risultati attesi)</p> <p>5.2. Risultati osservati al 31.12.2000</p> <p>5.3. Analisi per singolo Ser.T</p> <p>5.4. Analisi degli indici di performance</p>
<p>6. Attività di progetto:</p> <p>6.1. Progetti a carico di finanziamenti Regionali</p> <p>6.2. Progetti e attività a carico di finanziamenti Aziendali</p>
<p>7. Costi:</p> <p>7.1. Ser.T</p> <p>7.2. Alcologia</p> <p>7.3. Ufficio di coordinamento</p> <p>7.4. Comunità terapeutiche</p>
<p>8. Incarichi e progetti speciali (Regionali, Ministeriali, Europei)</p>
<p>9. Diario delle principali Attività</p> <p>9.1. Progetti a valenza Regionale</p> <p>9.2. Progetti Ministeriali</p> <p>9.3. Progetti Europei</p> <p>9.4. Descrizione sintetica</p> <p>9.5. Riepilogo degli incontri di Dipartimento (punti discussi)</p>

<p>10. Commenti dei responsabili sulle proprie attività e sulle problematiche riscontrate</p> <p>10.1. Ser.T 1</p> <p>10.2. Ser.T 2</p> <p>10.3. Ser.T 3</p> <p>10.4. Servizio di Alcologia</p> <p>10.5. Comunità A</p> <p>10.6. Comunità B</p> <p>10.7. Comunità C</p> <p>10.8. Comunità D</p>

Tab. 2: Elenco di principali report da realizzare (output) e da ricevere (input) per il Dipartimento delle Dipendenze e frequenza attesa per le attività di programmazione e controllo (interne ed esterne)

	N.	TIPO DI REPORT	CONTENUTI PRINCIPALI	DESTINATARI PRINCIPALI	FREQUENZA MINIMA
In OUTPUT (debito informativo)	1	Prestazioni erogate	Elenco e volume delle prestazioni erogate secondo le codifiche preconcordate	Controllo di gestione	Mensile
	2	Utenti in carico	Scheda Ministero della Salute "SEM.01"	Ministero della Salute e Regione	Semestrale
	3	Utenti in carico	Schede Ministero della Salute "SER.xx", "ANN.xx" e "ALC.xx"	Ministero della Salute e Regione	Annuale
	4	Costi generati	Singole voci di costo secondo il profilo aziendale	Controllo di Gestione	Real time attraverso il sistema della contabilità analitica
	5	Report su progetti	Risultati (output e outcome osservati) e costi	Direzione ASL e finanziatori	Semestrale (progress) Annuale (final)
	6	Report di attività annuale	Considerazioni generali e analitiche delle attività svolte in relazione ai bisogni e alla domanda (vedi prospetto)	Direzione ASL	Annuale
	7	Utenti in carico a strutture socio-riabilitative	Schede di rilevazione "Andamento del fenomeno droga"	Prefettura	Trimestrale
In INPUT (credito informativo)	1	Piano strategico aziendale	Indicazioni strategiche per l'allineamento degli obiettivi e la programmazione generale degli interventi e delle politiche	Direzione strategica	Annuale (inizio)
	2	Budget annuale	Obiettivi di attività e risorse dedicate	Direzione strategica	Annuale (inizio)
	3	Scostamenti da budget (prestazioni - attività)	Scostamenti rilevati dalle prestazioni attese (budget) e quelle trasmesse all'ufficio controllo di gestione	Ufficio controllo di gestione	Mensile
	4	Scostamenti da costi previsti (personale, farmaci, beni e servizi ecc.)	Scostamenti rilevati dai costi attesi (budget) e quelli trasmessi all'ufficio controllo di gestione	Ufficio controllo di gestione	Mensile
	5	Resoconto attività e costi su utenti inviati dal Dipartimento alle comunità t.	Giorni di presenza dei singoli utenti inviati, costi (fatture) da inoltrare per pagamento	Comunità Terapeutiche convenzionate	Mensile



CONCLUSIONI

I sistemi di reporting trovano la loro applicazione sia all'interno dell'azienda in generale che anche nelle attività di progetto. Per questi aspetti si rimanda anche all'articolo sulla valutazione ex-ante. In questo ambito si vuole sottolineare semplicemente l'importanza che questi sistemi rivestono se soprattutto viene rispettato, al di là della qualità delle informazioni trasmesse, anche il criterio della tempestività. Nessuna informazione è utile dopo che è passato il tempo entro il quale, sulla base di tali informazioni, si potevano prendere decisioni per migliorare le attività cliniche o amministrative.

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
AA.VV Atti del convegno "Il Dipartimento ospedaliero", Università L.Bocconi, novembre 1996
AA.VV Dichiarazione etica contro le droghe. A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
AA.VV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
AA.VV Eroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni, Aprile 1995
Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996
Amarilli F., Mainetti S., Onagro E., L'utilizzo delle tecnologie intranet per lo sviluppo degli enti locali: il caso della Comunità Montana della Valle Canonica Sistemi di Impresa, 1999
Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
Berbardi G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
Borgonovi E., Introduzione all'economia dell'amministrazione pubblica, Giuffrè, 1984
Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA 1996
Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di organizzazione aziendale, UTET
Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
Di Stanislao F., Liva C., Accredimento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
Galbraith J., La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni, Problemi di gestione, vol.9, 1975
Galbraith J., Organization design, Addison-Wesley, Reading, 1997
Grandori A., L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995
Grandori A., Organizzazione e comportamento economico, Il Mulino, 1998
Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
Guarnieri F., Guarnieri L., Guarnieri D., Il diritto di accesso ai documenti amministrativi, Giuffrè Editore, 1999
Guzzanti E. et AL, Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994
Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993

- Jefferson T., Deminchelli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994
- Meneguzzo M., Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari, Mecasan, n°19 1996
- Mintzberg H., Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Morandi E., Gonano E., Trasparenze & Privacy in sanità, Edizioni Cidas 1998
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Normann Richard, La gestione strategica dei servizi, ETASLIBRI, 1984
- Oggioni E., Le organizzazioni professionali a network, Sviluppo & Organizzazione, n°.140, 1993
- Peppard J., Rowland P., Business Process Reengineering, Prentice Hall, 1995
- Perrone V., Le strutture organizzative d'impresa, EGEA, 1990
- Porter M., Il vantaggio competitivo, Edizioni di Comunità, 1987
- Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Management
- Ruffini R., Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, Mecosan n°18, 1996
- Rugiadini A., Organizzazione d'impresa, Giuffrè, 1979
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999
- Wilkinson, Accounting and information system, John Wiley & Son.s, 1991