

Implementazione di un Sistema di Programmazione e Controllo

Manuale di Contabilità Analitica

Azienda Sanitaria Locale di Rieti

Versione 2020

Dicembre 2020

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>KPMG Advisory S.p.A.</i> |  |
| <i>ASL Rieti</i> |  |

INDICE DEL DOCUMENTO

| | |
|--|-----------|
| 1. PREMESSA | 4 |
| 1.1 SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONI | 4 |
| 1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI..... | 6 |
| 1.3 ACRONIMI E DEFINIZIONI..... | 7 |
| 2. IL MODELLO DI CONTABILITÀ ANALITICA | 8 |
| 3. PIANO DEI CENTRI DI COSTO E DI RESPONSABILITÀ ’ | 9 |
| 3.1 STRUTTURA..... | 9 |
| 3.2 MODELLO DI CODIFICA | 11 |
| 3.3 PRINCIPI DI UTILIZZO | 122 |
| 3.4 TRANSCODIFICA CENTRI DI COSTO AZIENDALI IN CENTRI DI RILEVAZIONE REGIONALI | 13 |
| 3.5 PROCEDURE PER LA GESTIONE..... | 14 |
| 3.5.1 Procedura per l’apertura di un nuovo centro di responsabilità e aggiornamento del piano dei centri di costo /centri di responsabilità..... | 14 |
| 3.5.2 Procedura per la chiusura di un centro di responsabilità..... | 16 |
| 3.5.3 Procedura per l’apertura di un nuovo centro di costo | 17 |
| 3.5.4 Procedura per la chiusura di un centro di costo | 18 |
| 4. PIANO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI | 20 |
| 4.1 STRUTTURA DEL PIANO DEI FATTORI PRODUTTIVI..... | 21 |
| 4.1.1 Ricavi gestione caratteristica | 23 |
| 4.1.2 Costi gestione caratteristica..... | 24 |
| 4.1.3 Ricavi e costi gestione non caratteristica..... | 26 |
| 4.1.4 Ricavi e costi figurativi | 26 |
| 4.1.5 Imposte e tasse | 27 |
| 5. LOGICHE DI RIPARTIZIONE DEI COSTI INDIRETTI | 28 |
| 5.1 CRITERIO DI RIBALTAMENTO | 28 |
| 5.2 CENTRI DI COSTO DA RIBALTARE | 29 |
| 5.3 DRIVER E LOGICHE DI RIBALTAMENTO | 30 |
| 5.3.1 Centri di Supporto Sanitario..... | 30 |
| 5.3.2 Centri Alberghieri..... | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3.3 Centri Tecnici..... | 31 |
| 5.3.4 Centri Gestionali | 32 |
| 5.3.5 Centri di Coordinamento..... | 32 |
| 5.3.6 Centri Comuni..... | 33 |
| 5.4 CENTRI DI COSTO RICEVENTI..... | 34 |
| 5.4.1 Centri di Rilevazione Degenza – FO | 34 |
| 5.4.2 Centri di Rilevazione Diagnostico-Terapeutici – FD | 35 |
| 5.4.3 Centri di Rilevazione Territoriale di tipo Distrettuale -FT | 35 |
| 5.4.4 Centri di Rilevazione Territoriale di Prevenzione – FP | 35 |
| 5.4.5 Centri di Rilevazione Territoriale di Salute Mentale – FM | 35 |
| 6. ALLINEAMENTO CO.GE / CO.AN | 36 |
| 7. ADEMPIMENTI NORMATIVI | 39 |
| 7.1 NUOVO MODELLO LA: PRESUPPOSTI E PRINCIPI GENERALI | 39 |
| 7.2 NUOVO MODELLO CP: SINTESI E NOVITÀ INTRODOTTE DALLE PRIME FASI SPERIMENTALI..... | 44 |
| 8. PROSSIMI PASSI | 47 |
| 9. ALLEGATI | 48 |

1. PREMESSA

1.1 SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONI

Il presente documento intende fornire le Linee Guida per una corretta ed uniforme implementazione della Contabilità Analitica Aziendale, in un contesto Nazionale e Regionale di profonda innovazione, armonizzazione e semplificazione dei sistemi informativi, dei principi contabili e degli schemi di Bilancio.

Il triennio 2019-2021 rappresenta per il Servizio Sanitario Regionale un momento di svolta, si è passati dalla sottoscrizione del primo Piano di Rientro del 2007 fino alla chiusura in avanzo del Bilancio 2019, alla luce di tutto ciò, è indispensabile proseguire le azioni di miglioramento volte a perfezionare e migliorare il sistema di controllo interno e la garanzia dell'affidabilità dei dati e delle informazioni, sia interne sia quelle destinate a soggetti esterni alla realtà aziendale (Regione e Ministero della Salute).

Inoltre, l'emergenza COVID-19, al netto dello stress imposto al Sistema Sanitario Regionale, rappresenta anche un'occasione di apprendimento di cui far tesoro favorendo la definizione di strumenti che non si esauriscano nella pur fondamentale dimensione economica ma aiutino a inquadrare e supportare anche scopi di programmazione sanitaria, riducendo il ricorso a duplicazione di informazioni e frammentazione tra documenti.

L'emergenza COVID-19 ha consentito di adottare innovazioni organizzative e assistenziali che saranno consolidate al fine di completare il percorso verso la continuità ospedale-territorio, l'intensità di cura, l'assistenza multidisciplinare e multiprofessionale e lo sviluppo della rete delle terapie intensive.

Il quadro attuale mostra aspetti da valutare con attenzione per la programmazione dei prossimi mesi:

- riduzione dei ricoveri ordinari;
- elevato indice di occupazione dei posti letto dedicati a pazienti COVID-19 in relazione a degenze prolungate che caratterizzano tale patologia;
- nuovi focolai in strutture residenziali e socio-assistenziali con alto numero di persone fragili;
- rendicontazione e programmazione spese Covid;

Nello sviluppo di tale percorso, il Controllo di Gestione assume un ruolo centrale per facilitare i processi di cambiamento della cultura organizzativa, soprattutto in un ambiente complesso e dualistico quale è quello sanitario, dove la complessità dei ruoli, l'ampiezza della gerarchia organizzativa, la dicotomia tra personale con formazione medica e personale con formazione amministrativa rendono l'ambiente ancor più vulnerabile in un contesto di condivisione di informazioni, comunicazione e adozione dei processi interni aziendali.

Sarà compito del Controllo di Gestione analizzare le attività ed i processi aziendali per valutare la capacità di raggiungere obiettivi tangibili e *target* definiti, monitorare l'affidabilità e l'integrità del sistema informativo manageriale, nonché l'economicità nell'impiego delle risorse in un'ottica di efficacia ed efficienza.

Il presente Manuale definisce la metodologia e le regole comuni per la rilevazione di prestazioni, risorse, costi e ricavi, atte a consentire la valutazione delle *performance* realizzate da ogni unità operativa, esso infatti prevede parametri produttivi e gestionali coerenti a livello:

- **Nazionale:** agevolare l'invio e la compilazione dei Nuovi Modelli Ministeriali LA e CP;
- **Regionale:** consentire l'adozione di logiche definite in ambito Nazionale e Regionale, agevolare l'invio di flussi informativi (Progetto SANPAC COAN) al fine di permettere attività di *benchmarking* con le altre aziende sanitarie presenti sul territorio;
- **Aziendale:** definire obiettivi coerenti con la programmazione aziendale, valutare le *performance* conseguite dall'azienda, dalle singole unità operative e consentire l'invio dei flussi informativi in tema di Contabilità Analitica;

L'implementazione di un Sistema di Programmazione e Controllo favorisce un maggiore orientamento alla strategia e alla *mission* aziendale, all'ambiente ed ai bisogni degli utenti, ma soprattutto alla iterazione ed alla comunicazione tra il vertice e gli organi amministrativi responsabili della gestione.

In quest'ottica, il Controllo di Gestione avrà il compito di rendere disponibili tutte le informazioni rilevanti connesse alle funzioni di Pianificazione e Controllo, elaborare regole e procedure di funzionamento a supporto del processo decisionale. Il continuo aggiornamento sui temi di Contabilità Analitica, Generale ed Industriale sarà oggetto di integrazioni già a partire dalla prossima versione.

1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

| Riferimento | Descrizione |
|---|---|
| Legge n. 833/1978 | Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale |
| D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i | Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 |
| D.Lgs. n. 517/1993 | Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 |
| D.Lgs. n. 229/1999 | Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 (c.d. Riforma Bindi) |
| D.Lgs. n. 286/1999 | Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59 |
| Legge Costituzionale n. 3/2001 | Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione in tema di ripartizione delle competenze legislative tra lo Stato e le Regioni |
| D.Lgs. n. 347/2001 | Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria |
| D.Lgs. n. 118/2011 | Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42 |
| Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 | Disposizioni in materia di Contabilità Analitica |
| D.Lgs. n. 123/2011 e s.m.i. | Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196 |
| D.L. n. 95/2012 | Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, che contiene disposizioni in materia sanitaria (Art. 15) |
| D.L. n. 158/2012 | Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (c.d. L. Balduzzi) |
| D.M. 17/09/2012 | Decreto Interministeriale del Ministero della Salute in materia di certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie |
| D.M. 01/03/2013 | Decreto Interministeriale del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in materia di definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) |
| Determina Regionale n. G09446/2014 | Istituzione del Gruppo di Lavoro per l'analisi e l'implementazione del Sistema di Contabilità Analitica nelle Aziende Sanitarie |
| DCA n. U00247/2014 | Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della della Regione Lazio (Azione 4: Obiettivi Programmati di Contabilità Analitica) |
| DCA n. U00311/2016 | Approvazione del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e della Relazione di accompagnamento al PAC: aggiornamento a seguito del processo di riorganizzazione di alcune Aziende Sanitarie del Lazio, dell'avvio del progetto regionale di assistenza contabile finalizzato all'attuazione del PAC (Progetto SANPAC) e del mancato proseguimento della realizzazione del PAC secondo il piano di lavoro programmato con DCA U00059/2015 |
| Determina N. G00188 del 10/01/2018 | Progetto SANPAC – Contabilità analitica (Co.An). Approvazione del Piano dei Fattori produttivi regionale e della Metodologia per l'implementazione |

1.3 ACRONIMI E DEFINIZIONI

Nella tabella sono elencati tutti gli acronimi e le definizioni adottate nel presente documento.

| Acronimo | Definizione |
|--------------|---|
| ATC | Anatomical Therapeutic Chemical - Sistema di Classificazione anatomico, terapeutico e chimico dei farmaci |
| CA | Conto Annuale |
| CdC | Centro di Costo |
| CdR | Centri di Responsabilità |
| CdG | Controllo di Gestione |
| CE | Conto Economico |
| CND | Classificazione Nazionale Dispositivi |
| Co.An | Contabilità Analitica |
| Co.Ge | Contabilità Generale |
| CP | Conto Presidio |
| CRIL | Centri di Rilevazione Regionale |
| CSM | Centro di Salute Mentale |
| CUP | Centro Unico di Prenotazione |
| DH | Day Hospital |
| DM | Dispositivi Medici |
| DO | Degenza Ordinaria |
| DRG | Diagnosis Related Group |
| DSM | Dipartimento di Salute Mentale |
| FP | Fattori Produttivi |
| FSR | Fondo Sanitario Regionale |
| FSN | Fondo Sanitario Nazionale |
| LA | Livelli Assistenziali |
| MdS | Ministero della Salute |
| NSIS | Nuovo Sistema Informativo Sanitario |
| PDC | Piano dei Conti |
| SDO | Schema di dimissione ospedaliera |
| SP | Stato Patrimoniale |
| SPDC | Sistema Psichiatrico di Diagnosi e Cura |
| SSN | Sistema Sanitario Nazionale |
| SSR | Sistema Sanitario Regionale |
| UO | Unità Operativa |
| UOC | Unità Operativa Complessa |
| UOS | Unità Operativa Semplice |
| UOSD | Unità Operativa Semplice Dipartimentale |

2. IL MODELLO DI CONTABILITÀ ANALITICA

La tenuta della Contabilità Analitica per Centri di Costo, da parte delle Aziende Sanitarie, è stata resa obbligatoria dal D.Lgs. n.502/92, obbligo successivamente ribadito anche dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, di cui all'Art. 3, c.7, *“le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale....e ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa”*.

Il modello di riferimento adottato è costituito da una matrice *input/output* nella quale sono presenti due dimensioni: nella prima sono esplicitati tutti i Centri di Costo, nella seconda sono riportati i Fattori Produttivi (risorse produttive utilizzate). Ogni singolo elemento rappresenta il contributo del fattore produttivo preso in esame al Centro di Costo considerato, al fine di identificare la composizione dei costi e ricavi imputabili ad ogni singola unità organizzativa.

La Contabilità Analitica basata sul sistema dei “Centri di Costo” rappresenta un modello di riferimento in grado di imputare i costi ai loro oggetti di riferimento, in base all'effettivo contributo fornito dai Fattori Produttivi.

Le fasi per la corretta implementazione del modello sono le seguenti:

- **Realizzazione di un Piano dei Centri di Costo / Responsabilità**, ossia la rappresentazione della struttura organizzativa aziendale per livelli gerarchici, in linea con quanto sancito dall'Atto Aziendale ed in grado di mutare a seconda le esigenze gestionali o temporali;
- **Individuazione dei Centri di Costo / Responsabilità**, ossia la suddivisione delle attività aziendali in aree, macrostrutture ed unità operative. I criteri di individuazione poggiano sulla coerenza dei centri individuati con la struttura organizzativa aziendale e con le responsabilità gestionali assegnate (Centri di Responsabilità). Il numero dei centri previsti deve porsi all'interno delle specifiche esigenze informative dell'impresa, evitando forme di ridondanza. Per quanto riguarda la natura dei CdC, si rimanda alle Linee Guida dei Centri di Rilevazione Regionali;
- **Definizione di un Piano dei Fattori Produttivi**, ovvero un elenco di elementi che concorrono alla produzione di prestazioni e servizi, organizzati per natura e in relazione alle esigenze e/o dimensioni aziendali. La struttura realizzata deve permettere un aggiornamento periodico sia in termini descrittivi che in termini di codifica, in base ad esigenze interne aziendali e/o esterne;
- **Mappatura dei Centri di Costo**, quale operazione successiva alla creazione dei Centri di Costo e propedeutica alla distribuzione dei costi diretti e indiretti e all'individuazione dei costi di presidio ospedaliero e territoriale;
- **Distribuzione dei Costi Diretti, Costi Comuni, Generali e Ausiliari**, operazione che consiste nell'allocazione dei costi diretti in ciascun CdC e nell'attribuzione pro-quota dei costi ausiliari o indiretti a ciascuno di essi. L'operazione di “ribaltamento” si attua scegliendo uno più parametri/driver;
- **Allineamento/Riconciliazione Co.Ge / Co.An**: la riconciliazione tra Contabilità Generale e Contabilità Analitica rappresenta una fase di verifica imprescindibile sulla attendibilità delle informazioni e l'ultimo controllo prima di qualsiasi forma di divulgazione delle informazioni afferenti il processo di Contabilità Analitica;
- **Sistema di Reporting**: ossia un sistema strutturato ed informatizzato a supporto del *decision making* del vertice aziendale; una rappresentazione formale non contabile, caratterizzata dalla tempestività dell'informazione e dalla corretta aggregazione tra Centri di Costo / Responsabilità e Fattori Produttivi.

3. PIANO DEI CENTRI DI COSTO E DI RESPONSABILITA'

Il Piano dei Centri di Costo / Responsabilità rappresenta l'analisi puntuale di una delle due dimensioni che definiscono il fulcro del sistema di controllo interno aziendale, è contraddistinto dall'insieme dei Centri di Costo (da ora CdC) individuati in un'azienda ai quali si devono imputare i Fattori Produttivi utilizzati durante un determinato periodo.

I Centri di Responsabilità possono essere definiti come unità organizzative caratterizzate dalla presenza di un responsabile, che ha poteri di governo sulle risorse e responsabilità sul risultato.

I Centri di Costo possono essere definiti come una "costruzione contabile tramite la quale si mira a raccogliere, con riferimento ad aggregati di operazioni elementari o di complessi di operazioni svolte in unità organizzative individuate e/o individuabili, secondo il livello di aggregazione ritenuto utile per l'osservazione, la spesa dei Fattori Produttivi impiegati¹" ovvero come unità operative, facenti capo ad un Centro di Responsabilità e quindi ad un Responsabile, titolari di Fattori Produttivi.

3.1 STRUTTURA

La realizzazione e l'individuazione dei Centri di Costo / Responsabilità deve avvenire sulla base della reale distribuzione delle responsabilità all'interno dell'organizzazione².

Il Piano dei Centri di Costo / Responsabilità dell'ASL di Rieti è articolato su 5 livelli gerarchici, i quali definiscono:

I – Macrostrutture Aziendali;

II – Aree;

III – Centro di Responsabilità;

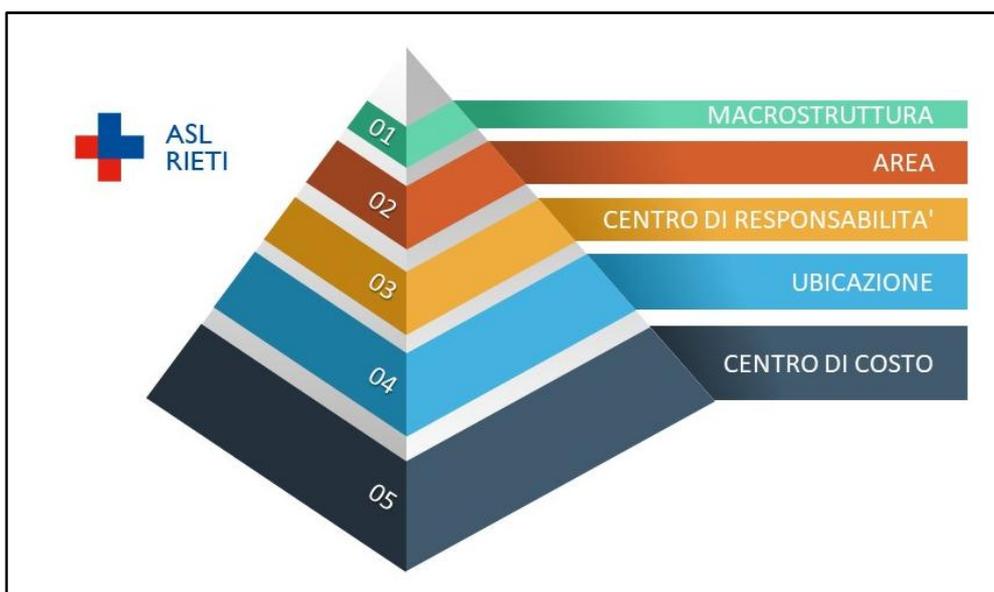
IV – Ubicazione Centro di Costo;

V – Centro di Costo.

¹ A. Ziruolo, *Contabilità e bilancio degli enti locali: tendenze evolutive e applicative*, cit. Sulla sezione descrittiva del PEG, il Pel n.1, p.32, circoscrive il centro di costo.

² Atto Aziendale ASL Rieti del 29.01.2019 – Bollettino Ufficiale della Regione Lazio – N.9.

Figura 1: Struttura Gerarchica prevista dal Piano dei Centri di Costo / Responsabilità



Così dettagliati:

I – Direzioni, Dipartimenti e Costi Comuni Aziendali;

II – Ospedale, Territorio, Ospedale/Territorio, Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento di Salute Mentale, la distinzione si è resa indispensabile ai fini della corretta compilazione dei Modelli Ministeriali LA e CP;

III – Direzioni, Organi Aziendali, UOC, UOS, UOSD e/o tutte quelle Unità Operative per le quali è individuato un Responsabile a cui fanno capo uno o più Centri di Costo;

IV – Punti fisici nei quali sono ubicati i Centri di Costo, per l'ASL di Rieti sono stati individuati: Rieti, Sant' Elpidio, Borgo Velino, Salario-Mirtense, Magliano Sabina, Osteria Nuova, Poggio Mirteto, Antrodoco, Salario e Mirtense;

V – Tutte le Unità gerarchicamente dipendenti da un Centro di Responsabilità e nelle quali collocare i Fattori Produttivi.

Figura 2: Rappresentazione CdC "Anestesia e Rianimazione – Degenza Ordinaria" all'interno del Piano CdC

| LIV | CODICE_CDC | DESCRIZIONE_CDC | SEDE | CDC | UOC | UOS | UOSD |
|-----|------------------|---|-------|-----|-----|-----|------|
| | | | | 46 | 4 | 3 | 1 |
| I | DE | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE | | | | | |
| II | DEH00 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE / OSPEDALE | | | | | |
| III | DEH00DE | DIREZIONE DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE | | | | | |
| IV | DEH00DE0001 | DIREZIONE DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE | RIETI | | | | |
| V | DEH00DE000100001 | DIREZIONE DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE - COSTI COMUNI | RIETI | √ | | | |
| III | DEH00AN | UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE | | | √ | | |
| IV | DEH00AN0001 | ANESTESIA E RIANIMAZIONE | RIETI | | | | |
| V | DEH00AN000100001 | ANESTESIA E RIANIMAZIONE - COSTI COMUNI | RIETI | √ | | | |
| V | DEH00AN000110001 | ANESTESIA E RIANIMAZIONE - DEGENZA ORDINARIA | RIETI | √ | | | |
| V | DEH00AN000130001 | ANESTESIA E RIANIMAZIONE - AMBULATORIO | RIETI | √ | | | |
| V | DEH00AN000109001 | ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ALPI | RIETI | √ | | | |
| V | DEH00AN000190001 | ANESTESIA E RIANIMAZIONE - LUNGASSENZA | RIETI | √ | | | |
| IV | DEH00AN0101 | UOS TERAPIA SUBINTENSIVA | RIETI | | | √ | |
| V | DEH00AN010100001 | TERAPIA SUBINTENSIVA - COSTI COMUNI | RIETI | √ | | | |
| V | DEH00AN010100002 | TERAPIA SUBINTENSIVA - RICOVERO COVID-19 | RIETI | √ | | | |
| III | DEH00MA | UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE | | | √ | | |
| IV | DEH00MA0001 | PRONTO SOCCORSO RIETI | RIETI | | | | |
| V | DEH00MA000100001 | PRONTO SOCCORSO RIETI - COSTI COMUNI | RIETI | √ | | | |
| V | DEH00MA000190001 | PRONTO SOCCORSO RIETI - LUNGASSENZA | RIETI | √ | | | |

3.2 MODELLO DI CODIFICA

Ciascun Centro è univocamente identificato dalla combinazione di *n* elementi che ne definiscono la codifica, quest'ultima di tipo alfanumerico, che a seconda del livello, parte da un minimo di 2 caratteri (1 Livello) ad un massimo di 16 per definire l'ultimo livello, ovvero il Centro di Costo.

Figura 3: Codifica del Centro di Costo "Anestesia e Rianimazione – Degenza Ordinaria"



Figura 4: Struttura Gerarchica Centro di Costo "Anestesia e Rianimazione – Degenza Ordinaria"



3.3 PRINCIPI DI UTILIZZO

In conclusione, si riportano alcuni principi di riferimento generali per il corretto utilizzo del Piano dei Centri di Responsabilità e di Costo.

- il Piano dei Centri deve essere unico per tutta l'Azienda e deve essere inserito ed aggiornato simultaneamente all'interno di tutti i sottosistemi che compongono il sistema informativo dell'area amministrativo contabile;
- coerenza tra Struttura Organizzativa e Piano dei Centri di Costo³;
- con particolare riferimento alla Contabilità del Personale si specifica che il Piano dei Centri di Costo deve essere unico per tutte le componenti del sottosistema personale: rilevazione presenze, stato giuridico e trattamento economico;
- in corrispondenza di movimentazione su conti di reddito le scritture di Prima Nota nel sistema di Contabilità Economico Patrimoniale devono sempre riportare l'indicazione del Centro di Costo;
- ogni ordine ed ogni movimento di magazzino devono sempre riportare l'indicazione del Centro di Costo ordinante e, nel secondo caso, del Centro di Costo al quale fa riferimento il movimento;
- in ciascun applicativo di Contabilità Sanitaria alimentante la Contabilità Analitica deve essere predisposta delle tabelle di corrispondenza tra Centri di Costo e codici di riferimento dei soggetti erogatori.

³ Adempimenti LEA, "Coerenza Piano dei Centri di Costo con la Struttura ", Obiettivo A1.

3.4 TRANSCODIFICA CENTRI DI COSTO AZIENDALI IN CENTRI DI RILEVAZIONE REGIONALI

In questo paragrafo verranno descritte le logiche di transcodifica dei Centri di Costo Aziendali in Centri di Rilevazione Regionali, per maggiori dettagli, si rimanda alla lettura delle Linee Guida “Piano dei Centri di Rilevazione – Gennaio 2018” (All.to 3).

Il sistema regionale prevede la codifica di un set di Centri di Rilevazione con un livello minimo di dettaglio, a cui le aziende dovranno tendere attraverso la transcodifica dei Centri di Costo Aziendali, tale impostazione permetterà, a livello regionale, di disporre di tutte le informazioni necessarie per analisi ed attività di *benchmark* tra Centri omogenei, superando il vincolo dell’organizzazione interna alle aziende sanitarie.

Pertanto, l’ASL di Rieti manterrà il proprio Piano dei Centri di Costo (salvo modifiche dettate da esigenze interne) e procederà alla transcodifica del proprio Piano nei Centri di Rilevazione Regionale.

Ciascun Centro di Rilevazione verrà identificato dalla combinazione di *n* elementi alfanumerici così distinti:

- Codice Azienda;
- Tipologia Centro di Rilevazione;
- Identificativo del Centro di Rilevazione (ID Centro);
- Progressivo;
- Linea LA;
- Altre Informazioni;
- Ubicazione.

Figura 5: Esempio di Transcodifica dei Centri di Costo appartenenti alla UOC Cardiologia in Centri di Rilevazione Regionale

| Centro di costo Aziendale - Codice | Centro di costo Aziendale - Descrizione | Codice Azienda | Tipologia di CRIL | ID Centro | Prog. | Linea LA | Altre Info | Sede di ubicazione del Centro | Centro di Rilevazione Regionale |
|------------------------------------|---|----------------|-------------------|-----------|-------|----------|------------|-------------------------------|---------------------------------|
| DEH00CR000100001 | CARDIOLOGIA - COSTI COMUNI | 110 | FO | 08 | 02 | 99 | X | 040 | 110F0080299X040 |
| DEH00CR000180001 | CARDIOLOGIA - PACE MAKER | 110 | FO | 08 | 02 | 99 | X | 040 | 110F0080299X040 |
| DEH00CR000110001 | CARDIOLOGIA - DEGENZA ORDINARIA | 110 | FO | 08 | 02 | 30 | X | 040 | 110F0080230X040 |
| DEH00CR000120001 | CARDIOLOGIA - DAY HOSPITAL | 110 | FO | 08 | 02 | 3H | X | 040 | 110F008023HX040 |
| DEH00CR000130001 | CARDIOLOGIA - AMBULATORIO | 110 | FO | 08 | 02 | 2M | X | 040 | 110F008022MX040 |
| DEH00CR000109001 | CARDIOLOGIA - ALPI | 110 | FO | 08 | 02 | 99 | I | 040 | 110F0080299I040 |
| DEH00CR000190003 | CARDIOLOGIA - LUNGASSENZA | 110 | FO | 08 | 02 | 99 | X | 040 | 110F0080299X040 |
| DEH00CR000150000 | CARDIOLOGIA - FLUSSO F | 110 | FO | 08 | 02 | 2U | X | 040 | 110F008022UX040 |

3.5 PROCEDURE PER LA GESTIONE

In virtù dell'estrema importanza del Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità e ai fini della corretta allocazione dei costi e dei ricavi aziendali, è opportuno definire dei processi che, nel corso del tempo, possano consentire un'adeguata manutenzione del Piano.

Per rispondere a tale esigenza vengono di seguito illustrate le procedure di riferimento per la gestione del Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità, con particolare riferimento alle modalità di apertura, chiusura e modifica della tipologia del CdC/CdR.

3.5.1 PROCEDURA PER L'APERTURA DI UN NUOVO CENTRO DI RESPONSABILITÀ E AGGIORNAMENTO DEL PIANO DEI CENTRI DI COSTO / CENTRI DI RESPONSABILITÀ

L'istituzione di una nuova Struttura, a seguito di delibera adottata dalla Direzione Generale, comporta la necessità di prevedere da parte del Controllo di Gestione (CdG):

- un nuovo Centro di Responsabilità;
- una nomenclatura dell'unità e del Responsabile da assegnare alla nuova unità operativa;
- uno o più Centri di Costo afferenti al Centro di Responsabilità, con funzione di unità contabili destinati ad essere alimentati con le informazioni provenienti dal sistema di Contabilità Analitica.

I principali criteri di valutazione per decidere in merito all'apertura di un Centro di Responsabilità sono:

- la presenza, oltre del Responsabile, di ulteriori risorse umane e strumentali che concorrono alla creazione di valore all'interno del CdR;
- la presenza di consumi di risorse particolarmente rilevanti e comunque strettamente riconducibili e rilevabili con riferimento all'attività svolta;
- indicazioni specifiche provenienti dalla Direzione Generale rispetto alla strategicità della Struttura e alla eventuale necessità di prevederne una gestione "budgetaria" autonoma.

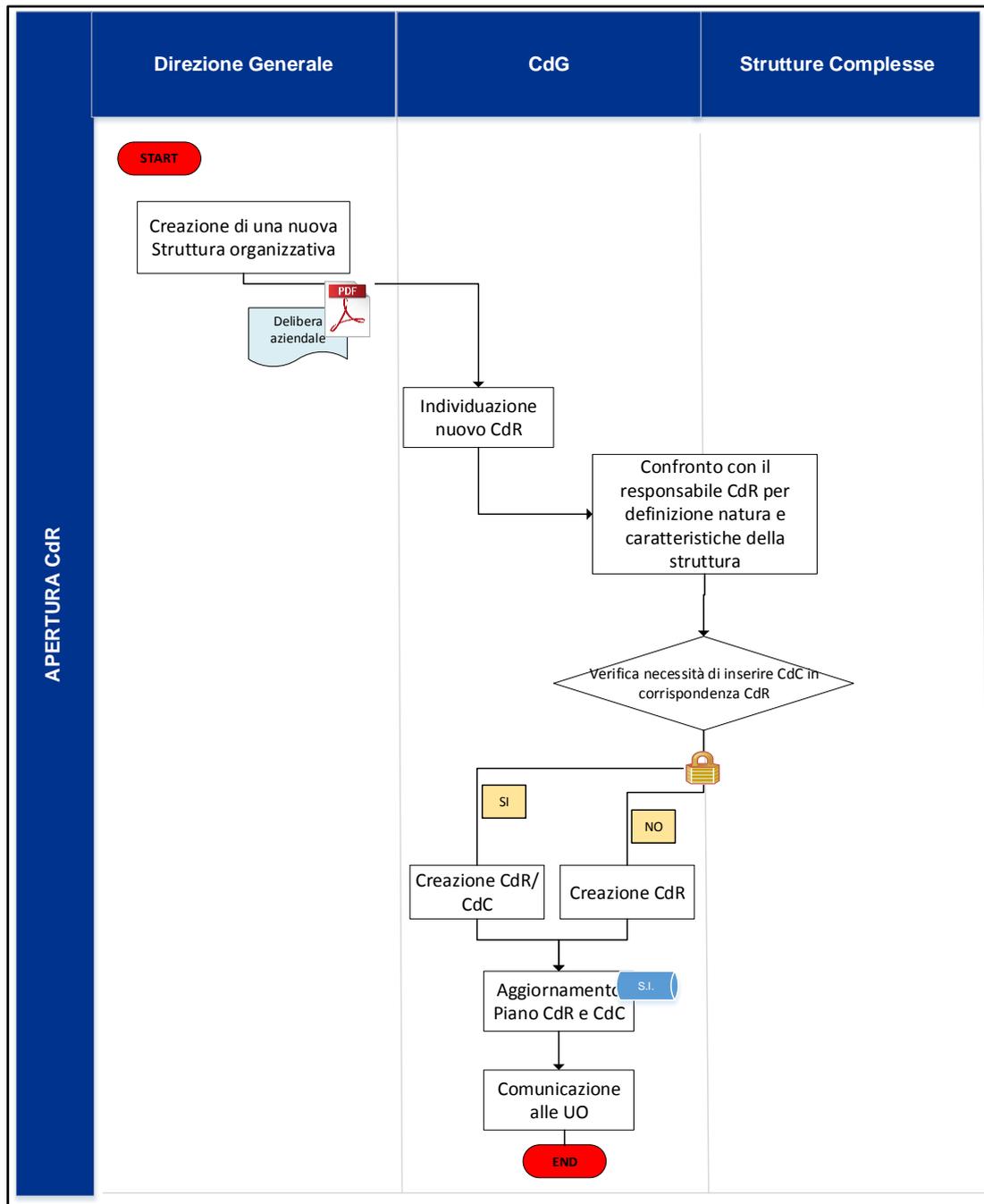
A seguito della delibera adottata dalla Direzione Generale, il Controllo di Gestione convoca il Responsabile (anche provvisorio) della nuova unità e valuta se sussistono le condizioni per istituire uno o più Centri di Costo in corrispondenza del CdR. Effettuata la verifica, con il supporto del Responsabile, si definisce la struttura dei Centri di Costo più opportuna per il nuovo Centro di Responsabilità. Una volta definita tale struttura il Controllo di Gestione provvede all'aggiornamento del Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità e alla contestuale comunicazione alle unità organizzative interessate.

L'istituzione formale di un nuovo Centro di Responsabilità e l'aggiornamento del Piano avviene con delibera del Direttore Generale.

La delibera con la quale si formalizzano le variazioni al Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità rappresenta l'origine di questa procedura ed ha l'obiettivo di:

- mantenere aggiornati rispetto al Piano i diversi applicativi informatici dell'area amministrativa e sanitaria;
- favorire la conoscenza e l'effettivo utilizzo dei nuovi Centri da parte dell'organizzazione.

La procedura prevede l'invio, tramite posta elettronica, della delibera a tutte le strutture coinvolte nei processi produttivi aziendali.



Legenda:



Delibera aziendale



Inserimento dell'informazione nel Sistema Informativo

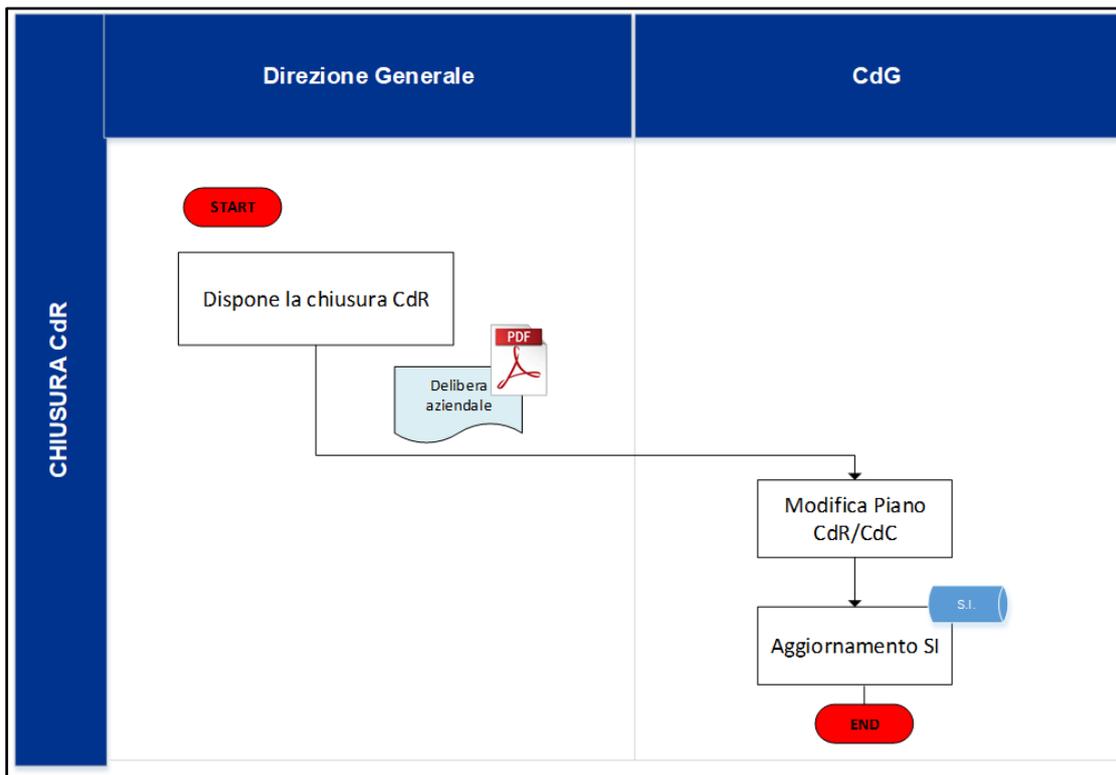


Controllo

3.5.2 PROCEDURA PER LA CHIUSURA DI UN CENTRO DI RESPONSABILITÀ

La chiusura di un Centro di Responsabilità si verifica in caso di operazioni “straordinarie” (accorpamenti, scissioni etc.) all’interno di Strutture Complesse. Tali operazioni non sono frequenti e si verificano solitamente in concomitanza di riorganizzazioni che interessano normalmente una molteplicità di Strutture.

Analogamente a quanto riportato nella procedura di apertura di un CdR, anche la chiusura viene avviata attraverso delibera della Direzione Generale e, nelle fasi successive, il Controllo di Gestione si limita a provvedere agli adempimenti tecnici ovvero all’aggiornamento del Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità.

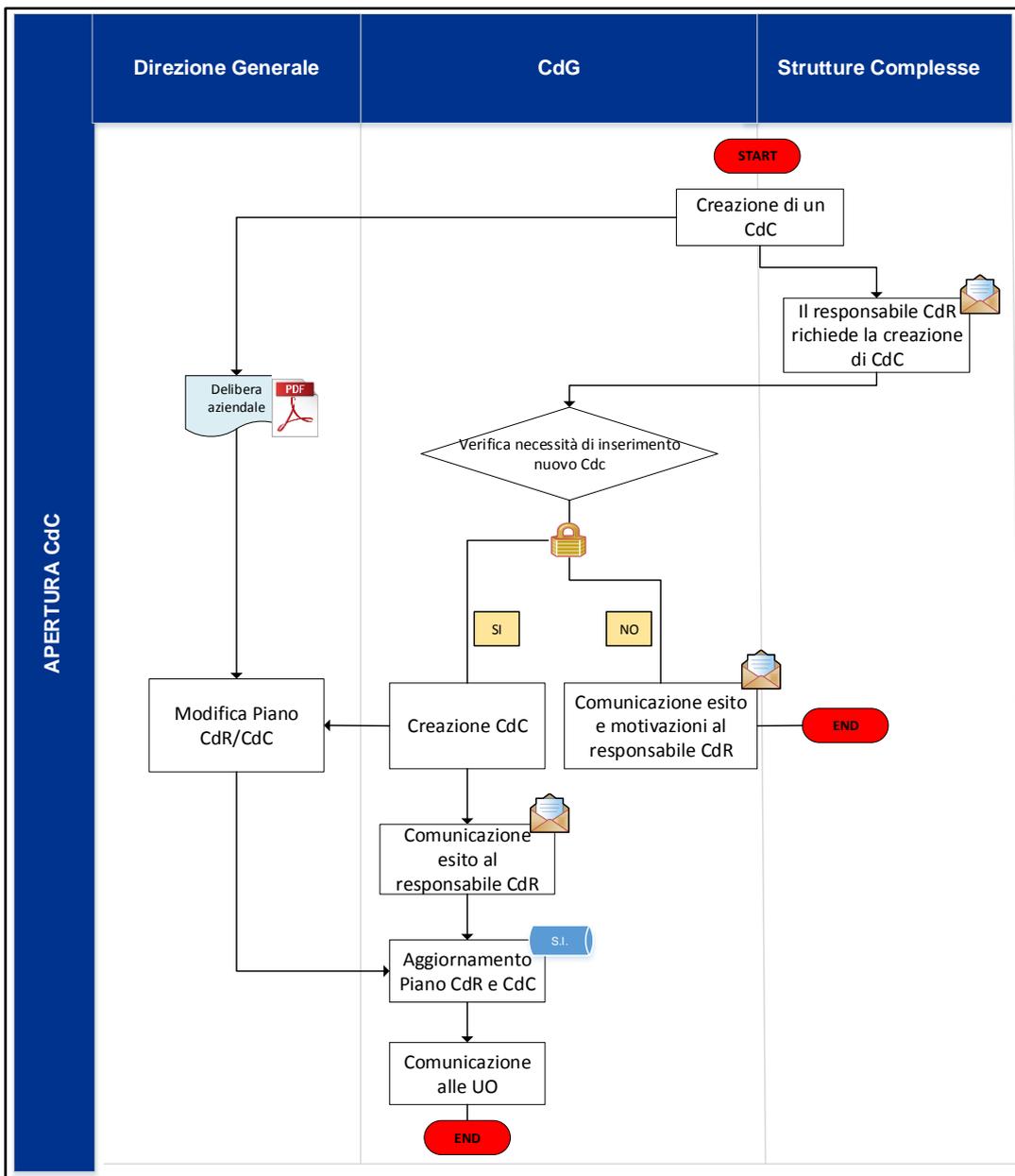


Legenda:

-  Delibera aziendale
-  Inserimento dell'informazione nel Sistema Informativo

3.5.3 PROCEDURA PER L'APERTURA DI UN NUOVO CENTRO DI COSTO

La procedura per l'apertura di un nuovo Centro di Costo può avvenire su iniziativa del Controllo di Gestione oppure in seguito a richiesta formulata da parte di un responsabile di Struttura (CdR). Nel secondo caso l'avvio della procedura è determinato attraverso una richiesta scritta, con cui il responsabile di Struttura richiede l'apertura di uno o più Centri di Costo. Il Controllo di Gestione approva o respinge la richiesta entro 10 giorni lavorativi dalla formulazione, periodo nel quale, procede alle verifiche necessarie per legittimare la creazione e la corretta ubicazione del nuovo Centro di Costo. In caso di esito negativo, il Controllo di Gestione è tenuto a motivare adeguatamente e in forma scritta, la decisione al Responsabile della Struttura richiedente. Nel momento in cui le verifiche evidenzino l'effettiva necessità di creare un CdC, il Controllo di Gestione, dopo aver comunicato in forma scritta l'esito della valutazione al soggetto proponente, provvede all'avvio dell'iter per la deliberazione del nuovo CdC, all'aggiornamento del Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità ed alla contestuale comunicazione alle unità organizzative interessate.



Legenda:



Delibera aziendale



Inserimento dell'informazione nel Sistema Informativo



Controllo



Email

3.5.4 PROCEDURA PER LA CHIUSURA DI UN CENTRO DI COSTO

La chiusura di un Centro di Costo può essere prevista:

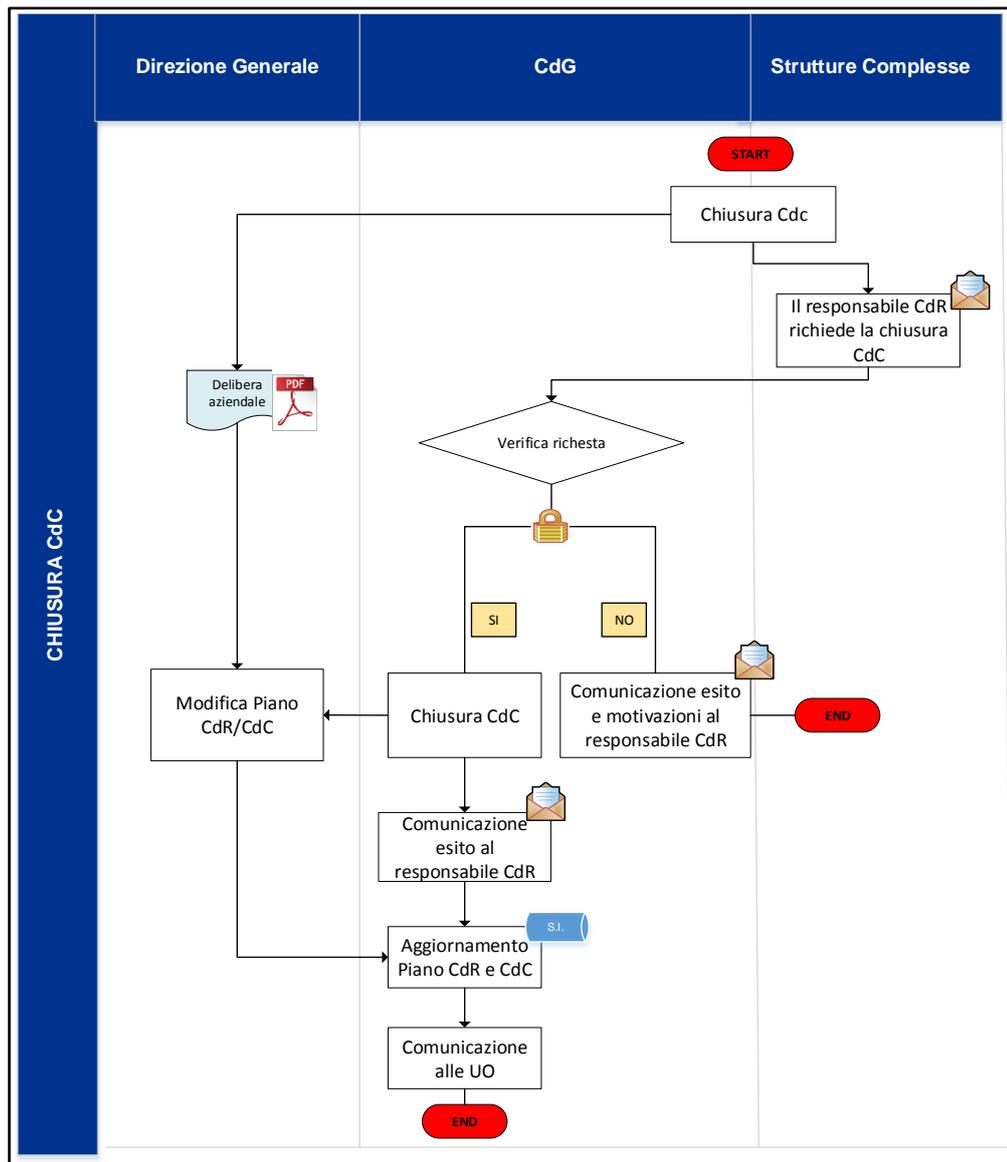
- su iniziativa del Controllo di Gestione, in condivisione con il Responsabile del CdR, nel caso in cui questo ne ravvisi l'opportunità;
- su richiesta proveniente da uno o più Responsabili di CdR.

Sono possibili cause di chiusura di un Centro di Costo:

- l'accorpamento di linee di attività o di risorse precedentemente distinte;
- l'inconsistenza qualitativa e/o quantitativa delle informazioni rilevate o rilevabili in modo separato per il Centro di Costo;
- l'esaurimento, la cessazione e il trasferimento ad altri soggetti di particolari linee di attività.

Tale procedura è analoga alla procedura di apertura e si suddivide nelle seguenti fasi:

- 1) Verifica da parte del CdG dell'effettiva opportunità o necessità entro 10 giorni dalla richiesta;
- 2) Comunicazione dell'esito della verifica;
- 3) Modifica del Piano dei CdC e CdR;
- 4) Comunicazione dell'atto agli interessati.



Legenda:

-  Delibera aziendale
-  Inserimento dell'informazione nel Sistema Informativo
-  Controllo
-  Email

4. PIANO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

I Fattori Produttivi, insieme al Piano dei Centri di Costo, determinano la struttura del Sistema di Contabilità Analitica Aziendale. Il piano dei FP ha lo scopo di classificare le risorse necessarie per la produzione di prestazioni e da attribuire ai Centri di Costo in base alla “destinazione”, ossia alle unità operative che li utilizzano per lo svolgimento dell’attività.

Il Piano dei FP deve essere sufficientemente dettagliato ed in grado di esprimere un’adeguata classificazione per natura delle risorse utilizzate. Il punto di partenza per la definizione del Piano dei Fattori Produttivi dev’essere il Piano dei Conti di Contabilità Generale.

Attraverso l’utilizzo del Piano dei Fattori Produttivi è possibile attribuire ad un Centro di Costo:

- Ricavi per attività e servizi prestati all’esterno e all’interno dell’azienda;
- Costi direttamente sostenuti per la produzione di attività e servizi;
- Costi indirettamente sostenuti per la produzione di attività e servizi.

Va sottolineato che il Piano dei Fattori Produttivi deve essere unico per tutta l’Azienda e deve essere raccordato con tutti i sottosistemi che compongono il sistema informativo dell’area amministrativo contabile.

Di elevata importanza è la fase di aggiornamento, la struttura del Piano deve prevedere implementazioni da parte di:

- soggetti esterni: Regione e/o Ministero della Salute, per quanto concerne la corretta associazione tra Fattore Produttivo e Conto di Contabilità Generale, ovvero modifiche ed integrazioni di nuovi Conti / Fattori Produttivi (Es. Personale di Ricerca come da Nuovo Modello LA);
- soggetti interni: a seguito di aggiornamenti, modifiche ed integrazioni dal personale competente per specifiche casistiche, come nel caso della UOC Politica del Farmaco e dei Dispositivi Medici competente in tema di Farmaci, Emoderivati e Dispositivi Medici o come nel caso della UOC Acquisizione e Logistica di Beni e Servizi, competente in materia di Servizi non Sanitari, così come nel caso della UOC Tecnico Patrimoniale.

4.1 STRUTTURA DEL PIANO DEI FATTORI PRODUTTIVI

Il Piano dei Fattori Produttivi è un'anagrafica strutturata su più livelli di aggregazione e su un grado crescente di analiticità, ovvero una tabella formata da diversi campi contenenti:

- Livello: grado crescente di analiticità dal Livello 1 rappresenta il dettaglio iniziale richiesto e corrisponde alla macro-tipologia di costo/ricavo, al Livello 8 il massimo dettaglio;
- Codice: codifica del FP in base all'aggregazione dei livelli di dettaglio; è rappresentato da un minimo di 2 *digit* (Liv. 1) ad un max di 15 *digit* (Liv. 8);
- Descrizione: campo descrittivo del fattore produttivo;
- Conto Co.Ge: le possibili associazioni tra fattore produttivo di Livello 8 e Conto di Contabilità Generale sono 1:1, 1:n, n:1.

Figura 6: Esempio Struttura Piano Aziendale dei Fattori Produttivi riferiti al "Costo del Personale – Dirigente Medico – Tempo Indeterminato"

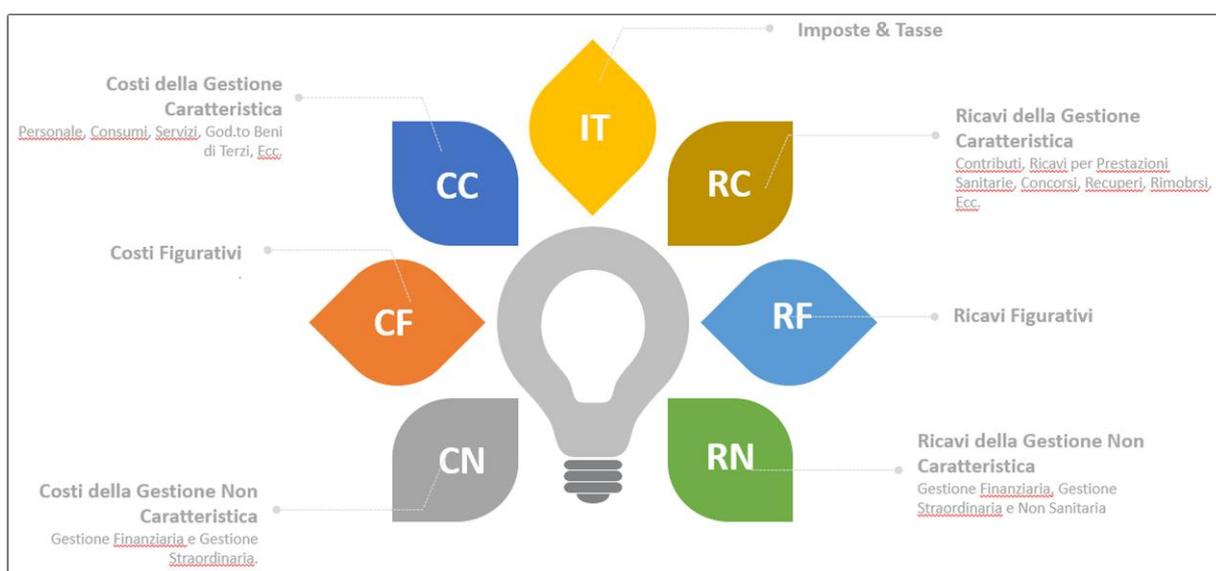
| LIVELLO | CODICE | DESCRIZIONE | CONTO CO.GE |
|---------|-----------------|--|-------------|
| 1 | 50 | PERSONALE | |
| 2 | 501 | PERSONALE SSN | |
| 3 | 50101 | COSTO DEL PERSONALE SSN - RUOLO SANITARIO | |
| 4 | 501011 | COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO SANITARIO | |
| 5 | 50101101 | COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE MEDICO | |
| 6 | 5010110101 | DIRIGENTE MEDICO | |
| 7 | 501011010101 | DIRIGENTE MEDICO TEMPO INDETERMINATO | |
| 8 | 501011010101001 | DIRIGENTE MEDICO -I- COMPETENZE FISSE | 505010101 |
| 8 | 501011010101002 | DIRIGENTE MEDICO -I- INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ | 505010101 |
| 8 | 501011010101003 | DIRIGENTE MEDICO -I- INDENNITÀ VARIABILI | 505010102 |
| 8 | 501011010101004 | DIRIGENTE MEDICO -I- STRAORDINARIO | 505010102 |
| 8 | 501011010101005 | DIRIGENTE MEDICO -I- PREMI E INCENTIVAZIONI | 505010103 |
| 8 | 501011010101006 | DIRIGENTE MEDICO -I- ONERI SOCIALI | 505010104 |
| 8 | 501011010101007 | DIRIGENTE MEDICO -I- ACCANTONAMENTO TFR | 505010105 |
| 8 | 501011010101008 | DIRIGENTE MEDICO -I- ALTRI COSTI DEL PERSONALE | 505010106 |
| 8 | 501011010101009 | DIRIGENTE MEDICO -I-RATEO TREDICESIMA | 505010101 |
| 8 | 501011010101010 | DIRIGENTE MEDICO -I-IRAP | 901010101 |

La struttura del Piano è suddivisa in:

- Ricavi Gestione Caratteristica (RC), ricavi relativi all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- Ricavi Gestione non Caratteristica (RN), ricavi generati da attività non core;
- Ricavi Figurativi (RF) ricavi relativi a prestazioni sanitarie erogate da strutture a gestione diretta dell'ASL ad assistiti della stessa ASL; prestazioni intermedie tra unità della stessa Azienda che non hanno valenza nei rapporti con terzi; ricavi da ribaltamento per scarico centri intermedi ai centri finali;

- Costi Gestione Caratteristica (CC), costi relativi alla gestione dei processi dell'Azienda;
- Costi Gestione non Caratteristica (CN), costi relativi alla gestione di attività non core;
- Costi Figurati (CF) costi determinati da prestazioni sanitarie erogate da strutture a gestione diretta dell'ASL ad assistiti della stessa ASL; prestazioni intermedie tra unità della stessa Azienda che non hanno valenza nei rapporti con terzi; personale non direttamente a carico del SSN (specializzandi, tirocinanti e volontari, altro personale non a carico della Azienda m che partecipa al processo produttivo dell'azienda); Costi da ribaltamento per scarico centri.

Figura 7: Macro Categorie Fattori Produttivi Aziendali



4.1.1 RICAVI GESTIONE CARATTERISTICA

I Fattori Produttivi relativi ai Ricavi della Gestione Caratteristica possono essere suddivisi in: Contributi, Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria e altri ricavi della gestione caratteristica.

I **Contributi** sono articolati in:

- contributi in c/esercizio;
- rettifica Contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti.

La voce *Contributi in c/esercizio* è conseguentemente articolata secondo la logica del Piano dei Conti di Co.Ge:

- contributi da Regione per quota FSR;
- contributi in c/esercizio per quota extra FSR;
- contributi in c/esercizio per ricerca;
- contributi in c/esercizio da privati.

I **Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria** sono composti dai fattori produttivi di ricavo generati dall'attività di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da ciascun Centro di rilevazione. Questa macro-tipologia si compone dei:

- ricavi per Assistenza sanitaria di base (MMG, PLS, Continuità Assistenziale);
- ricavi per Assistenza prestazioni servizi farmaceutica convenzionata;
- ricavi per prestazioni di File F;
- ricavi per prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- ricavi per prestazioni di Assistenza ospedaliera;
- ricavi per Assistenza integrativa;
- ricavi per prestazioni di Assistenza psichiatrica;
- ricavi per Assistenza termale;
- ricavi per Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso;
- ricavi per servizi di medicina legale;
- ricavi per cessione sangue ed emoderivati;
- ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali;
- ricavi per Assistenza riabilitativa;
- ricavi per Assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane (RSA);
- ricavi per Assistenza tossicodipendenti;
- ricavi per Assistenza alcolisti;
- ricavi per Assistenza dipendenze non da sostanze;

- ricavi per Assistenza Cure palliative;
- ricavi per Assistenza Domiciliare Integrata;
- ricavi per Soggiorni estivi;
- ricavi per altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria;
- altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria – Mobilità attiva internazionale;
- ricavi per Assistenza protesica.

Nell'ambito dei Fattori Produttivi relativi agli **Altri Ricavi della Gestione Caratteristica**, sono ricompresi:

- concorsi recuperi e rimborsi;
- compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket);
- quota contributi in c/capitale imputata all'esercizio;
- incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni;
- altri proventi e ricavi sanitari;
- ricavi per prestazioni sanitarie Intramoenia.

4.1.2 COSTI GESTIONE CARATTERISTICA

I Fattori Produttivi relativi ai Costi della Gestione Caratteristica possono essere suddivisi in: Personale, Consumi, Servizi, Godimento di beni di terzi, Ammortamenti, Accantonamenti, Svalutazione della Gestione Caratteristica, Oneri diversi di gestione.

I Fattori Produttivi relativi al Personale e assimilati sono articolati tenendo conto di tutte le possibili tipologie di personale presenti in azienda, indipendentemente dalla natura del rapporto contrattuale con la struttura di riferimento. L'obiettivo è quello di mappare le risorse che partecipano al processo produttivo del CdR. A tal fine risulta necessario dedicare particolare attenzione alla mappatura e del personale e al suo costante aggiornamento.

Nello specifico il **Personale** è distinto in:

- personale SSN;
- personale Universitario;
- consulenze e collaborazioni;
- personale comandato;
- medici SUMAI;
- servizi delle cooperative e personale interinale;
- Organi Direttivi e Collegio Sindacale;
- libera Professione Intramoenia.

Il personale SSN e Universitario prevede l'articolazione per: ruolo (Sanitario, Professionale, Tecnico, Amministrativo); area Contrattuale (Dirigenza – Comparto); profilo Professionale (Dirigente Medico, Biologo, Infermiere (C - D - DS), Ingegnere, ecc.); natura del Rapporto (Tempo Determinato, Tempo Indeterminato, Altro); macro-tipologia del costo coerente con il Piano dei Conti Co.Ge (indennità di esclusività, straordinario, IRAP, etc.).

I Fattori Produttivi relativi ai Consumi si dividono in beni sanitari e non sanitari impiegati nel processo produttivo. L'alimentazione del dato avverrà attraverso gli scarichi da Magazzino, che devono essere puntuali e tempestivi. I **Consumi Sanitari** si distinguono in:

- prodotti farmaceutici ed emoderivati;
- sangue ed emocomponenti;
- dispositivi medici;
- prodotti dietetici;
- materiali per la profilassi (vaccini);
- prodotti chimici;
- materiali e prodotti per uso veterinario;
- altri beni e prodotti sanitari.

I Fattori Produttivi relativi ai **Consumi di Materiale Non Sanitario** sono stati individuati con lo stesso livello di dettaglio previsto dal Piano dei Conti di Co.Ge Regionale, con la previsione di un maggior livello di dettaglio, esclusivamente, per le voci "Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere" e "Combustibili, carburanti e lubrificanti".

I Fattori Produttivi relativi ai Servizi sono articolati tenendo conto delle principali tipologie di servizi impiegati nel processo produttivo, ovvero:

- Servizi Sanitari;
- Servizi non sanitari.

Nei **Servizi Sanitari** sono comprese le seguenti tipologie:

- Assistenza sanitaria di base;
- Assistenza farmaceutica in distribuzione;
- Assistenza farmaceutica in trattamento ambulatoriale e ospedaliero;
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Assistenza ospedaliera;
- Assistenza riabilitativa;
- Assistenza integrativa;
- Assistenza protesica;
- Assistenza psichiatrica;
- Assistenza termale;
- Trasporto sanitario in emergenza;
- Assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane (RSA);
- Assistenza tossicodipendenti;
- Assistenza alcolisti;
- Assistenza dipendenze non da sostanze;
- Assistenza Cure palliative;

- Soggiorni estivi;
- Assistenza domiciliare integrata;
- Altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria;
- Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria;
- Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva.

La classe **Servizi Non Sanitari** comprende le forniture, i premi assicurativi, altri servizi non sanitari da Pubblico, Manutenzioni e riparazioni.

Nell'ambito dei Fattori Produttivi relativi ai rimanenti costi della Gestione Caratteristica, ovvero:

- godimento di beni di terzi;
- ammortamenti;
- accantonamenti;
- svalutazioni della Gestione Caratteristica;
- oneri diversi di gestione.

L'articolazione prevista è strutturata in coerenza con l'articolazione del Piano dei Conti di Contabilità Generale.

4.1.3 RICAVI E COSTI GESTIONE NON CARATTERISTICA

I Fattori Produttivi relativi ai Ricavi della Gestione non caratteristica sono:

- Ricavi per prestazioni e attività non sanitarie (ricavi per consulenze in applicazione della normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, ricavi per consulenze, certificazioni e attestazioni non sanitarie, ricavi per maggior comfort alberghiero, ricavi per pareri comitato etico su proposte di sperimentazioni cliniche e farmacologiche, altri ricavi per prestazioni e attività non sanitarie);
- Ricavi della gestione finanziaria;
- Ricavi della gestione straordinaria.

I Fattori Produttivi relativi ai Costi della Gestione non caratteristica sono raggruppati nelle seguenti macrocategorie:

- Costi della gestione finanziaria;
- Costi della gestione straordinaria.

4.1.4 RICAVI E COSTI FIGURATIVI

I Ricavi/Costi Reali necessitano di essere integrati con i ricavi/costi virtuali che riguardano situazioni aziendali esistenti, non oggetto di rilevazione dal punto di vista amministrativo e fiscale, ma rilevanti dal punto di vista gestionale.

I Ricavi Figurativi, derivati da prestazioni sanitarie erogate da strutture a gestione diretta dell'ASL ad assistiti della stessa ASL si suddividono in:

- Ricavi figurativi per prestazioni finali;
- Ricavi figurativi per prestazioni intermedie;

- Ricavi da ribaltamento per scarico centri.

I FP relativi ai Costi Figurativi si distinguono in:

- Costi figurativi per prestazioni finali, determinati da prestazioni erogate da strutture dell'ASL a pazienti della stessa ASL;
- Costi figurativi per prestazioni intermedie;
- Costi figurativi per personale non a carico della ASL che contribuisce alla produttività della struttura (tirocinanti, stagisti, personale universitario, specializzandi, etc.);
- Costi da ribaltare per scarico Centri di costo intermedi;
- Costo figurativi Cespiti.

4.1.5 IMPOSTE E TASSE

I Fattori Produttivi aziendali riferiti ad Imposte e Tasse si suddividono nelle seguenti macrocategorie:

- IRAP relativa ad attività commerciale;
- IRES;
- Altre imposte e tasse;
- Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.).

5. LOGICHE DI RIPARTIZIONE DEI COSTI INDIRETTI

La contabilità a costi pieni⁴ (*full costing*) consiste nell'imputare ai centri di costo finale tutti i costi sostenuti per realizzare la produzione: costi diretti e, tramite ripartizioni o ribaltamenti stimati, tutti i costi indiretti di struttura. Per costi diretti intendiamo tutti i costi relativi ai fattori produttivi partecipanti esclusivamente al processo oggetto di costo e di cui si ha una misurazione oggettiva, ad esempio il costo del personale (cardiologo) o dei beni (*pacemaker*) impiegati esclusivamente all'interno di un determinato reparto (Cardiologia).

Più complesse sono le dinamiche di classificazione ed allocazione per i costi indiretti, cioè per quei "costi relativi a fattori produttivi che partecipano a più processi di produzione, e che vengono imputati all'oggetto di costo per mezzo di un criterio di ripartizione⁵". È il caso del costo sostenuto per l'energia elettrica, le spese di riscaldamento, di manutenzione e di pulizia.

La metodologia della ripartizione/ribaltamento consente di attribuire a ciascun centro di costo finale, quote di costi sostenuti da altri centri in relazione alla quantità e alla tipologia di servizio ricevuto. È il caso dei costi dell'Ufficio del Personale, classificabile come centro di servizio, vengono ripartiti non solo sui centri finali, ma anche su altri centri generali, come la Direzione Generale ed Amm.va, in quanto, tali centri di costo sono in ogni modo supportati dall'Ufficio del Personale. Pertanto, è necessario definire:

- criterio di ribaltamento;
- tipologie e centri di costo da ribaltare;
- driver;
- centro di costo ricevente.

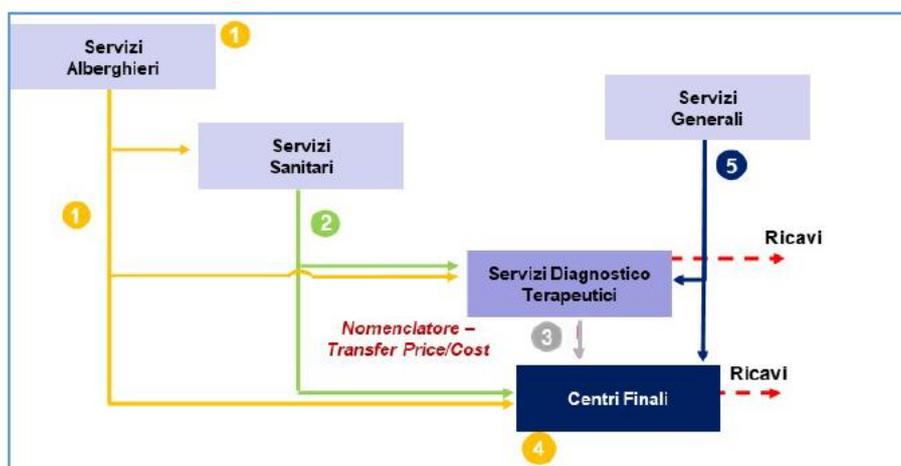
5.1 CRITERIO DI RIBALTAMENTO

Attraverso le Linee Guida recentemente divulgate (Allegati 3-4), la Regione sta cercando di condurre i sistemi di contabilità analitica implementati dalle aziende sanitarie verso livelli più elevati di avanzamento metodologico, anche al fine di permettere con maggiore facilità e precisione la compilazione dei nuovi Modelli Ministeriali LA e CP, proprio quest'ultimo, per l'esercizio 2020 presenterà voci specifiche per Presidi di "Supporto Sanitario", "Servizio Alberghieri" e "Generali di Presidio".

Ad oggi, il criterio di ribaltamento dei costi attribuiti ai Centri di Servizio e Generali maggiormente impiegato è quello c.d. "a cascata", di gran lunga più equo ed attendibile rispetto al metodo diretto, il quale prevede un unico criterio di ripartizione tra centri intermedi e centri di costo finali. Per ovviare a questo evidente limite, il sistema "a cascata" prevede che i costi dei centri intermedi siano ripartiti tra i restanti centri che a valle ne utilizzano i servizi. Alla base di tutto ciò devono essere individuati e condivisi dei criteri oggettivi dal *management* aziendale, sanitario e non sanitario, in modo da quantificare in maniera puntuale ed oggettiva le risorse destinate e/o consumate dai centri finali.

⁴ Linee Guida per la compilazione del Modello LA, Parte 3. Costi Pieni e Ribaltamento.

⁵ P. Orlandini, *Principi di Economia Aziendale*, p.225, definizione di costi indiretti.



5.2 CENTRI DI COSTO DA RIBALTARE

I costi indiretti sono costituiti da tutti quei costi non direttamente imputabili al centro di costo finale, trattandosi di numerose e varie tipologie si è resa necessaria una classificazione/allocazione in Centri di Costo così nelle seguenti tipologie:

- **Centri di Supporto Sanitario:** forniscono servizi di natura sanitaria funzionale e/o accessori a supporto dell'attività dei centri di produzione (Es. Blocco Operatorio, Servizio Anestesia, Servizio Infermieristico, etc.);
- **Centri Alberghieri:** erogano servizi di natura alberghiera, non di natura sanitaria, a favore di altri centri di costo, a prescindere se si tratti di un servizio organizzato internamente (mensa aziendale) o concesso in *outsourcing* (servizio catering). Alcuni esempi possono essere rappresentati dai servizi di Ristorazione, Lavanderia, Pulizie e Gestione Rifiuti;
- **Centri Tecnici:** estrinsecano la propria funzione mediante servizi di natura prettamente tecnologica, è il caso dei Magazzini Economici e Tecnici o dell'Autoparco Aziendale;
- **Centri Gestionali:** erogano all'interno dell'azienda ospedaliera servizi di natura amministrativo-gestionale, come nel caso dei Servizi Legali, Controllo di Gestione, Contabilità Analitica ed Economico Finanziario;
- **Centri di Coordinamento:** provvedono a tutte le funzioni tecniche-amministrative necessarie al funzionamento dell'azienda, quali ad esempio tutti gli uffici facenti parte della Direzione Strategica, le Direzioni di Presidio e Dipartimento, ovvero il Collegio Sindacale e l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- **Centri Comuni:** accolgono costi non legati a strutture organizzative specifiche ma ad aree più generiche, come nel caso di Aree, Dipartimenti e Presidi.

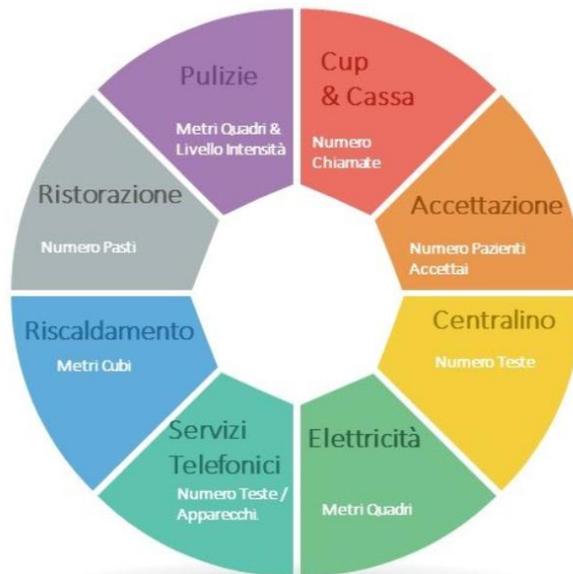
5.3 DRIVER E LOGICHE DI RIBALTAMENTO

Esistono diversi criteri di ripartizione, la tabella fornisce soltanto alcune indicazioni di massima da verificare e, se opportuno, ridefinire a livello regionale a seguito dei futuri tavoli tecnici Regionali.

5.3.1 CENTRI DI SUPPORTO SANITARIO



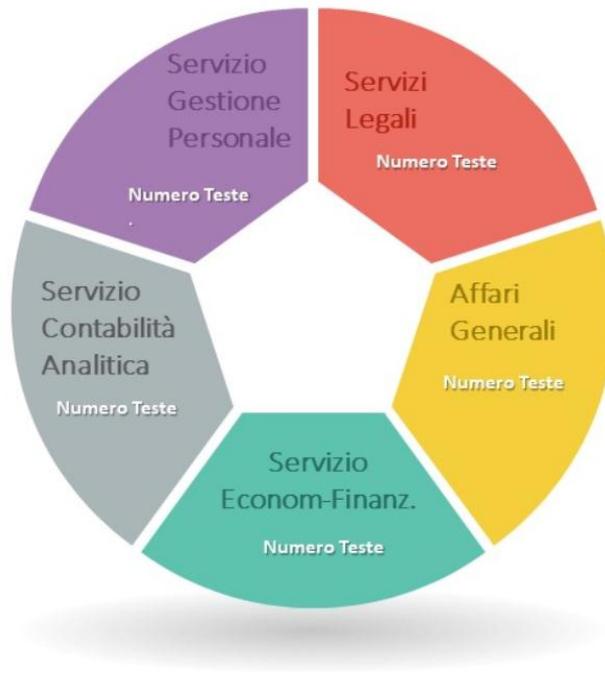
5.3.2 CENTRI ALBERGHIERI



5.3.3 CENTRI TECNICI



5.3.4 CENTRI GESTIONALI



5.3.5 CENTRI DI COORDINAMENTO



5.3.6 CENTRI COMUNI



5.4 CENTRI DI COSTO RICEVENTI



I centri riceventi erogano prestazioni di assistenza a carattere sanitario e sociosanitario, finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione sia a livello ospedaliero che distrettuale o territoriale in genere, tipicamente a favore di utenti finali.

Le Aziende Sanitarie realizzano la funzione di produzione dei propri servizi caratteristici attraverso i Centri in esame, che si articolano in:

- Centri di Rilevazione Degenza;
- Centri di Rilevazione Diagnostico – Terapeutici;
- Centri di Rilevazione Territoriali – Distrettuali;
- Centri di Rilevazione Territoriali - Dipartimento di Prevenzione;
- Centri di Rilevazione Territoriali - Dipartimento di Salute Mentale.

5.4.1 CENTRI DI RILEVAZIONE DEGENZA – FO

Nell'ambito dei Centri Degenza (FO) si individuano i centri di erogazione di prestazioni finali rappresentati da reparti ospedalieri dotati di posto letto, ad eccezione delle Terapie Intensive, che erogano tipicamente prestazioni intermedie rispetto al ricovero.

I Centri in oggetto hanno la funzione di produzione che si sostanzia nell'attività di erogazione e di assistenza ospedaliera, ovvero di diagnosi, cura, riabilitazione e lungodegenza, in regime di ricovero. Ad esempio sono Centri di Rilevazione Degenza (FO): Chirurgia Generale, Cardiologia, Medicina Generale, Geriatria, ecc.

5.4.2 CENTRI DI RILEVAZIONE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI – FD

Compongono i Centri di Rilevazione Diagnostico-Terapeutici (FD) i centri ospedalieri non dotati di posti letto, la cui funzione di produzione si sostanzia nell'erogazione di prestazioni specifiche di diagnosi e cura rivolta all'utente esterno e/o prestazioni intermedie rivolte a pazienti ricoverati/assistiti presso altri Centri dell'Azienda (Attività ambulatoriale).

Rientrano in tale categoria i centri che possono erogare esclusivamente attività ambulatoriale e i centri che sebbene possono erogare anche attività di ricovero, nella struttura operano esclusivamente in regime ambulatoriale. Ad esempio, rientrano in questa categoria i centri di Laboratorio Analisi, Diagnostica per immagini, Medicina trasfusionale, ecc.

5.4.3 CENTRI DI RILEVAZIONE TERRITORIALE DI TIPO DISTRETTUALE - FT

I Centri di Rilevazione Territoriale di tipo Distrettuale (FT) coincidono con i centri che erogano prestazioni finali sanitarie e sociosanitarie a livello distrettuale. Ad esempio, fanno parte di questa categoria le Case della Salute – MMG e PLS, le Case della Salute – Attività Specialistiche, le Case della Salute – Ambulatorio Infermieristico, il Punto di Primo Intervento.

5.4.4 CENTRI DI RILEVAZIONE TERRITORIALE DI PREVENZIONE – FP

Si individuano tra i Centri di Rilevazione Territoriale di Prevenzione (FP) i centri afferenti al Dipartimento di Prevenzione che garantiscono le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica come ad esempio i centri di Screening, Vaccinazione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), Igiene Urbana Veterinaria, Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN).

5.4.5 CENTRI DI RILEVAZIONE TERRITORIALE DI SALUTE MENTALE – FM

Afferiscono ai Centri di Rilevazione Territoriale di Salute Mentale (FM) quelli pertinenti al Dipartimento di Salute Mentale come ad esempio i centri di Servizio Dipendenze (SERD), Servizio Tossicodipendenza (SERT), Centro Diurno per la Salute Mentale.

6. ALLINEAMENTO CO.GE / CO.AN

La fase di Allineamento tra Contabilità Generale e Contabilità Analitica rappresenta un elemento imprescindibile per verificare la completezza e l'attendibilità di quanto rilevato in Co.An. I due sistemi di rilevazione contabile sono svolti in parallelo, autonomi nel loro funzionamento e nella rilevazione delle sintesi di periodo, a supporto delle due contabilità vi è periodicamente una "quadratura" formale che permette di verificare che i dati utilizzati nella Co.An siano presenti correttamente, senza omissioni o duplicazioni e che i risultati sintetici presenti in Co.Ge siano ottenuti attraverso elaborazioni corrette e complete derivanti dalla Contabilità Analitica stessa (Es. Classificazione dei Medicinali e/o Dispositivi Medici).

La fase di Allineamento assolve le seguenti funzioni:

- Comparazione tra le voci di Costo e di Ricavo;
- Analisi degli scostamenti rilevanti (Δ in valore assoluto > 10%) tra le due Contabilità;
- Identificazione cause;
- Giustificazione degli scostamenti rilevanti;
- Definizione di azioni in grado di eliminare gli scostamenti rilevanti.

Al fine di poter procedere alla definizione di quanto detto, l'ASL di Rieti si è dotata di un sistema interno per il monitoraggio e l'analisi degli scostamenti, attraverso le seguenti fasi:

- l) **Input Contabilità Generale**, la cui fonte è rappresentata dal Conto Economico Aziendale su base Trimestrale all'anno n ;

Figura 8: Modello di acquisizione Contabilità Generale per Conto Economico

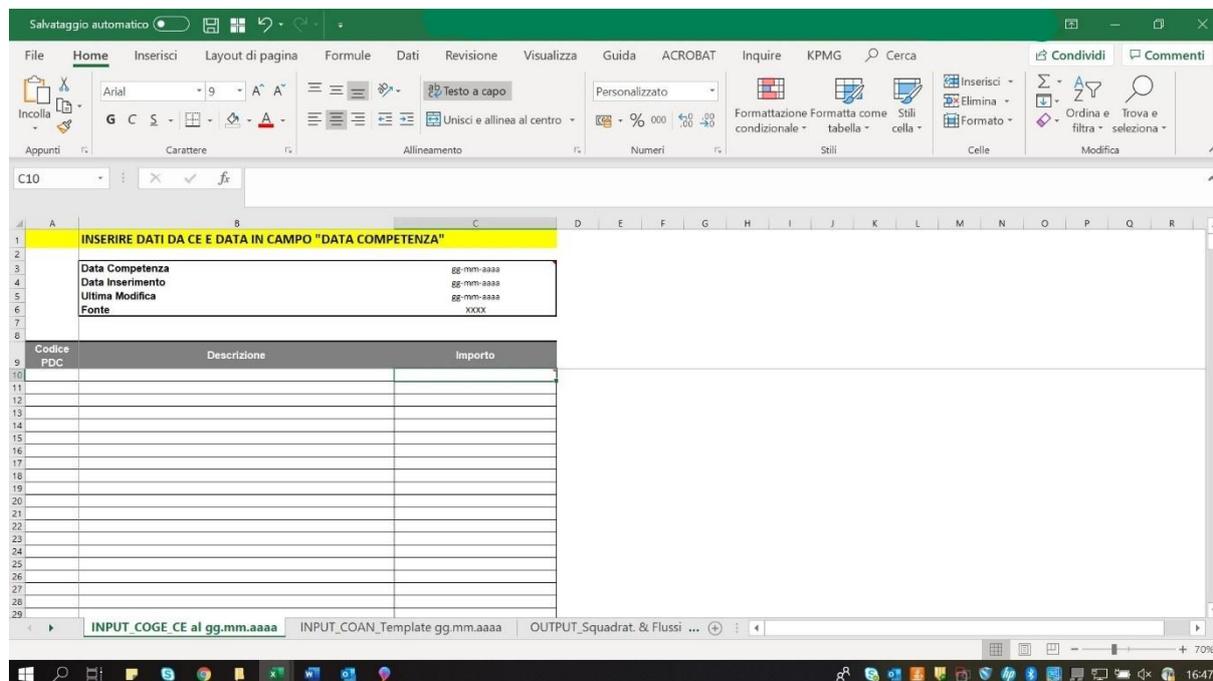


Figura 11: Modello di acquisizione Contabilità Analitica per Template Fattori Produttivi alimentato

III) **Output Squadrature & Flussi**, attraverso una comparazione del medesimo Conto sulla stessa base temporale, vengono rilevati tutti i Δ in valore assoluto rilevanti, le Unità Operative interessate, i Responsabili e l'allocazione dei dati Co.An all'interno dei Centri di Costo Finali, Generali e di Servizio.

Figura 12: Analisi Squadrature & Flussi

7. ADEMPIMENTI NORMATIVI

Uno dei principali obiettivi dell'UOS di Controllo di Gestione riguarda la rilevazione con periodicità annuale (Consuntivo) sui dati della Contabilità Generale e della Contabilità Analitica. Il fine ultimo è quello di disporre informazioni in linea sui costi sostenuti al fine di garantire gli specifici livelli e sub-livelli assistenziali (Modello LA) ai cittadini, ovvero una rappresentazione veritiera di costi e ricavi sostenuti all'interno del Presidio Ospedaliero S.Camillo de Lellis (Modello CP).

Supportare la UOC Economico Finanziaria nella compilazione dei Nuovi Modelli Ministeriali LA & CP attraverso il caricamento e l'analisi dei flussi informativi Co.An. Ad oggi la Dashboard Regionale di Contabilità Analitica non prevede nessuna sezione dedicata a tali adempimenti. Non solo, le nuove versioni dei Modelli Ministeriali, divulgate sul finire dell'anno 2019, ancora non sono state recepite in termini di Linee Guida Regionali. Per questo motivo, la UOS Controllo di Gestione si è dotata di un sistema di monitoraggio in modo da produrre tutti i dati significativi per tali adempimenti.

7.1 NUOVO MODELLO LA: PRESUPPOSTI E PRINCIPI GENERALI

Il Nuovo Modello Ministeriale per Livelli di Assistenza mantiene la preesistente impostazione per livelli ma introduce, per i casi più significativi e ricorrenti, la distinzione dei costi in base alle diverse strutture organizzative che partecipano a garantire il livello assistenziale, come per esempio:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica: i costi sostenuti per le vaccinazioni e gli screening che sorgono in strutture organizzative che operano prevalentemente per altri livelli assistenziali vengono rilevati separatamente (consultori, ambulatori territoriali ed ospedalieri, assistenza sanitaria di base);
- assistenza distrettuale: i costi sostenuti per la distribuzione diretta dei farmaci e per l'assistenza specialistica ambulatoriale vengono distinti tra quelli che nascono in strutture distrettuali e quelli che nascono nelle strutture ospedaliere;

Figura 13: Esempio Voci di Costi per "Sorveglianza e Prevenzione delle Malattie Croniche"

| MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------------------------|--|----------------------|-----------------|---------------------|---------------|----------------------|--------------|-------------------------------|-------------|--|-------------|
| STRUTTURA RILEVATA | | | | OGGETTO DELLA RILEVAZIONE | | | | | | | | | | |
| REGIONE | | 120 | CODICE ENTE | 120XXX | CONSUNTIVO ANNO | | | | | | | | | 2019 |
| Macrovoce economiche | Consumi di esercizio | | Costi per acquisti di servizi | | | Personale | | | | Ammortamenti | Soppravvenienze Insussistenti | Altri costi | Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze | Totale |
| | Beni materiali | Beni immateriali | prestazione sanitarie | servizi sanitari per erogazione di prestazioni | servizi non sanitari | Ruolo sanitario | Ruolo professionale | Ruolo tecnico | Ruolo amministrativo | | | | | |
| PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA | | | | | | | | | | | | | | |
| 1F100 | Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1F110 | Screening oncologici | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1F111 | Programmi organizzati svolti in apposita Unità operativa/centro di costo | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1F112 | Programmi organizzati svolti in ambito consultorio/ambulatoriale territoriale | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1F113 | Programmi organizzati svolti in ambito ospedaliero | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1F120 | Altre attività di Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e prevenzione nutrizionale | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1F121 | Altre attività svolte in ambito extra-ospedaliero | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1F122 | Altre attività svolte in ambito ospedaliero | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1G100 | Attività medico legali per finalità pubbliche | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1H100 | Contributo Legge 210/92 | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 19999 | TOTALE PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Figura 14: Esempio Voci di Costi per “Distribuzione Diretta dei Farmaci in ambito di Assistenza Distrettuale”

| Macrocodici economiche | Consumi di esercizio | | Costi per acquisti di servizi | | | Personale | | | | Ammortamenti | Soppravvenienze insussistenti | Altri costi | Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze | Totale | |
|--------------------------------|---|-------------------|-------------------------------|--|----------------------|-----------------|---------------------|---------------|----------------------|--------------|-------------------------------|-------------|--|--------|------|
| | Beni sanitari | Beni non sanitari | prestazioni sanitarie | servizi sanitari per erogazione di prestazioni | servizi non sanitari | Ruolo sanitario | Ruolo professionale | Ruolo tecnico | Ruolo amministrativo | | | | | | |
| ASSISTENZA DISTRETTUALE | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2E100 | Assistenza farmaceutica | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2E110 | Assistenza farmaceutica erogata in regime di convenzione | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2E120 | Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2E121 | Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione Diretta | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2E122 | Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione Per Conto | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2E130 | Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello ospedaliero | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2F100 | Assistenza integrativa e protesica | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2F110 | Assistenza integrativa-Totale | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2F111 | Assistenza integrativa - Presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2F112 | Assistenza integrativa - Prodotti destinati a un'alimentazione particolare | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2F113 | Assistenza integrativa - Dispositivi monouso | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2F200 | Assistenza protesica | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 29999 | TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

La rilevazione dei costi per Livelli di Assistenza ha come presupposto imprescindibile l'esistenza di un sistema di Contabilità Analitica, il quale sarà in grado di garantire la corretta allocazione dei costi/ricavi per linee di attività ed in grado di effettuare un controllo in termini di quadratura fra il totale dei costi registrati nel Modello LA ⁶ e il totale dei costi registrato nel Modello CE (BZ9999 al netto dei codici BA2770 +CA0110 + CA0150 + DA0020 + EA0260 al netto del codice EA0461+ YZ9999).

Ad oggi tutti i flussi Regionali di Contabilità Analitica sono allineati con il Modello LA antecedente al 2020, il presente documento intende fornire alcune anticipazioni in attesa di nuove Linee Guida Regionali (ultimi aggiornamenti datati Gennaio 2018) e supportare l'Azienda in tutte le fasi per la compilazione del Modello Ministeriale. Al fine di poter procedere alla definizione di quanto detto, l'ASL di Rieti si è dotata di un sistema interno per il monitoraggio e l'Analisi della quadratura con il CE Ministeriale, attraverso le seguenti fasi:

- I) **Input Contabilità Generale**, la cui fonte è rappresentata dal Conto Economico Ministeriale al 31.12.AAAA, da compilare con gli ultimi dati ufficiali acquisiti dalla UOC Economico Finanziaria.

⁶ Per ulteriori dettagli si rimanda all'allegato "Linee Guida Modello LA 2020".

Figura 15: Esempio Input CE Min

| CODICE | CODICE | VOCE | VALORE |
|--------|-------------|---|----------------|
| AA0010 | A.1 | Contributi in c/esercizio | 320.989.878,16 |
| AA0020 | A.1.A | Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale | 318.891.929,57 |
| AA0030 | A.1.A.1 | da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto | 314.039.369,58 |
| AA0031 | A.1.A.1.1 | Finanziamento indistinto | 306.470.956,49 |
| AA0032 | A.1.A.1.2 | Finanziamento indistinto finalizzato da Regione | 132.350,09 |
| AA0033 | A.1.A.1.3 | Funzioni | 7.436.063,00 |
| AA0034 | A.1.A.1.3.A | Funzioni - Pronto Soccorso | 4.680.119,00 |
| AA0035 | A.1.A.1.3.B | Funzioni - Altro | 2.755.944,00 |
| AA0036 | A.1.A.1.4 | Quota finalizzata per il Piano aziendale di cui all'art. 1, comma 526, L. 208/2015 | 0,00 |
| AA0040 | A.1.A.2 | da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato | 4.852.559,99 |
| AA0050 | A.1.B | Contributi c/esercizio (extra fondo) | 2.097.948,59 |
| AA0060 | A.1.B.1 | da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) | 1.564.348,59 |
| AA0070 | A.1.B.1.1 | Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati | 152.274,69 |
| AA0080 | A.1.B.1.2 | Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 0,00 |
| AA0090 | A.1.B.1.3 | Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA | 0,00 |
| AA0100 | A.1.B.1.4 | Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro | 1.412.073,90 |
| AA0110 | A.1.B.2 | Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) | 0,00 |
| AA0120 | A.1.B.2.1 | Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati | 0,00 |

II) **Input Modello LA e Allegato 3.a**, la cui fonte è rappresentata dall'ultima versione Modello LA, in termini di Costi e dall'ultima versione del suo Allegato 3.a, in termini di Ricavi e Mobilità Attiva/Passiva, da compilare con gli ultimi dati acquisiti dalla Ufficio di Controllo di Gestione/Contabilità Analitica.

Figura 16: Esempio Input Modello LA

| REGIONE | STRUTTURA RILEVATA | CODICE PNIF | 12000M | CONSUNTIVO ANNO | 2019 | Consumo di esercizio | Costi per acquisti di servizi | Costi per servizi non sanitari | Risale sanitario | Risale professionale | Risale tecnico | Risale amministrative | Amministrativi | Soppravvenienze massimaliste | Altri costi | Costi finanziari, valutazioni, imprevisioni | Totale |
|------------------------|--|-------------|---------------|-----------------|----------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------|----------------------|----------------|-----------------------|----------------|------------------------------|--------------|---|------------|
| ASSISTENZA OSPEDALIERA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3A10 | Attività di Pronto soccorso | | 245.069,49 | 57.297,80 | 3.281.929,37 | 710.595,36 | 2.098.732,36 | 4.289.959,53 | 23.125,05 | 383.548,23 | 245.936,42 | 0,00 | 40.915,48 | 197.613,34 | 49.934,48 | 11.541.025,55 | |
| 3A11 | Attività dirette di Pronto soccorso e OEBI | | 244.406,65 | 57.036,18 | 2.817.724,14 | 669.247,90 | 1.948.948,17 | 3.430.911,19 | 15.479,85 | 332.478,70 | 185.272,00 | 0,00 | 31.242,82 | 151.838,22 | 41.294,42 | 3.823.420,88 | |
| 3A111 | Attività diretta di PS e OEBI per soccorsi non seguiti da ricovero | | 78.707,24 | 24.670,46 | 2.174.811,00 | 446.952,85 | 1.200.698,55 | 2.400.106,99 | 15.201,53 | 271.676,73 | 124.700,45 | 0,00 | 23.811,94 | 124.631,10 | 35.068,43 | 7.909.612,44 | |
| 3A112 | Attività diretta di PS e OEBI per soccorsi seguiti da ricovero | | 165.699,41 | 32.365,72 | 643.073,06 | 222.295,05 | 558.811,62 | 1.030.704,20 | 4.278,32 | 66.802,97 | 60.569,55 | 0,00 | 8.000,00 | 27.000,00 | 6.225,99 | 2.919.807,94 | |
| 3A12 | Accertamenti diagnostici assuntoriali e correlative in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero | | 662,80 | 201,62 | 383.499,23 | 41.840,06 | 247.894,18 | 668.997,34 | 3.645,40 | 81.058,59 | 60.624,42 | 0,00 | 8.072,64 | 45.977,12 | 6.940,00 | 1.711.905,97 | |
| 3B100 | Assistenza ospedaliera per acuti | | 11.728.668,89 | 289.495,21 | 59.924.948,95 | 9.482.000,10 | 12.968.912,79 | 36.219.254,34 | 153.575,18 | 2.237.795,11 | 2.105.693,57 | 0,00 | 345.559,28 | 1.860.635,46 | 592.154,67 | 177.750.569,95 | |
| 3B101 | Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Hospital | | 89.107,73 | 6.722,29 | 9.882.483,47 | 433.710,77 | 11.071.003,14 | 2.948.487,66 | 7.889,45 | 372.501,74 | 441.348,43 | 0,00 | 17.479,38 | 118.400,93 | 10.148,46 | 14.881.293,53 | |
| 3B102 | Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Surgery | | 230.250,01 | 9.343,45 | 2.912.602,36 | 279.511,65 | 253.142,31 | 665.285,16 | 6.283,22 | 35.340,57 | 53.761,67 | 0,00 | 11.264,60 | 45.452,33 | 10.009,02 | 4.485.366,95 | |
| 3B103 | Assistenza ospedaliera per acuti - In risposta ordinaria | | 11.341.229,15 | 251.394,47 | 47.779.699,52 | 8.769.238,36 | 11.582.340,29 | 32.511.561,52 | 115.442,51 | 2.017.203,80 | 1.900.581,27 | 0,00 | 316.676,30 | 1.675.702,52 | 460.511,79 | 189.751.909,89 | |
| 3B104 | Assistenza ospedaliera per acuti - Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 3B105 | Assistenza ospedaliera per acuti - Dispositivi ad alto costo rimborsati extra-tariffa | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 3C100 | Assistenza ospedaliera per lungodegenti | | 0,00 | 0,00 | 281.468,14 | 4.725,49 | 301,96 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.138,09 | 12.378,43 | 3.188,05 | 304.199,76 |
| 3D100 | Assistenza ospedaliera per riabilitazione | | 1.242,75 | 0,00 | 2.140.738,80 | 195.392,17 | 63.328,09 | 493.474,39 | 2.821,88 | 22.919,82 | 32.209,39 | 0,00 | 0.170,11 | 53.382,93 | 13.995,43 | 6.632.377,85 | |
| 3E100 | Trasporto sanitario assistito | | 0,00 | 0,00 | 68.036,59 | 13.782,69 | 48.249,96 | 189.290,39 | 2.351,65 | 185.937,39 | 42.424,74 | 0,00 | 592,95 | 3.445,94 | 791,45 | 1.122.413,75 | |
| 3F100 | Attività trasfusione | | 352.113,55 | 10.464,66 | 314.940,01 | 339.897,53 | 217.241,84 | 1.922.378,28 | 4.248,81 | 57.864,15 | 61.034,94 | 0,00 | 9.302,29 | 52.208,24 | 6.373,24 | 2.918.774,72 | |
| 3G100 | Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti | | 0,00 | 0,00 | 33.471,98 | 120.500,06 | 35.253,70 | 31.697,06 | 10,11 | 591,93 | 1.372,39 | 0,00 | 224,86 | 1.200,89 | 329,60 | 228.821,34 | |
| 3H100 | Attività a supporto della donazione di cellule riproduttive | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 39999 | TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA | | 12.327.090,46 | 337.227,67 | 67.112.821,74 | 10.938.894,48 | 15.373.852,83 | 42.365.090,59 | 185.463,88 | 2.806.304,45 | 2.488.541,45 | 0,00 | 409.503,02 | 2.180.304,43 | 578.306,82 | 157.188.581,52 | |
| 48888 | TOTALE COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 49999 | TOTALE GENERALE | | 41.424.862,27 | 747.476,30 | 153.037.921,01 | 15.936.507,01 | 36.181.871,25 | 78.575.071,52 | 336.310,31 | 5.381.746,21 | 5.968.911,44 | 6.800.895,99 | 852.193,30 | 4.724.171,00 | 1.270.557,41 | 346.821.660,82 | |

Figura 17: Esempio Allegato 3.a

| STRUTTURA RILEVATA | | OGGETTO DELLA RILEVAZIONE | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|--|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------|
| REGIONE | CODICE ENTE | CONSUNTIVO ANNO | | | | | | | | | |
| | | Totale costi modello LA | Mobilità attiva extra-regionale | Mobilità passiva extra-regionale | Mobilità attiva internazionale | Mobilità passiva internazionale | Ricoveri per prestazioni sanitarie erogate in regime di internamento | Costi per prestazioni extra Line | Assistenza stranieri (progetti) | Ricoveri per attività di ricerca | |
| ASSISTENZA OSPEDALIERA | | | | | | | | | | | |
| 101 | 3A100 | Attività di Pronto soccorso | 11.541.025,55 | 292.896,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 102 | 3A110 | Attività dirette di Pronto soccorso e OBI | 9.829.420,08 | 251.666,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 103 | 3A111 | attività dirette di PS e OBI per accessi non seguiti da ricovero | 7.809.812,44 | 240.308,73 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 104 | 3A112 | Attività dirette di PS e OBI per accessi seguiti da ricovero | 2.019.607,64 | 42.359,61 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 105 | 3A120 | Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero | 1.711.605,47 | 1.200,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 106 | 3B100 | Assistenza ospedaliera per acuti | 137.738.569,55 | 882.628,51 | 20.587.072,25 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 107 | 3B110 | Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Hospital | 14.801.293,51 | 14.304,97 | 495.128,47 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 108 | 3B120 | Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Surgery | 4.185.266,15 | 28.105,26 | 1.225.214,49 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 109 | 3B130 | Assistenza ospedaliera per acuti - In degenza ordinaria | 118.751.900,89 | 840.218,28 | 18.786.729,29 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 110 | 3B140 | Assistenza ospedaliera per acuti - Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 111 | 3B150 | Assistenza ospedaliera per acuti - Dispositivi ed alto costo rimborsati extra-tariffa | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 112 | 3C100 | Assistenza ospedaliera per lungodegenti | 304.199,76 | 0,00 | 532.076,96 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 113 | 3C100 | Assistenza ospedaliera per riabilitazione | 3.632.977,95 | 21.730,85 | 1.922.910,10 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 114 | 3C100 | Trasporto sanitario assistito | 1.122.413,75 | 20.991,93 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 115 | 3F100 | Attività trasfusione | 2.418.774,72 | 20.989,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 116 | 3G100 | Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti | 228.621,14 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 117 | 3H100 | Attività a supporto della donazione di cellule riproduttive | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 118 | 39999 | TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA | 157.186.581,52 | 1.239.206,83 | 22.982.058,31 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 119 | 48888 | TOTALE COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 120 | 49999 | TOTALE GENERALE | 348.821.060,82 | 2.190.947,95 | 33.069.061,10 | 0,00 | 0,00 | 968.974,71 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

III) **Quadratura LA e Allegato 3.a**, rappresenta uno dei primi output confrontabili con il CE Min, i dati presenti sono alimentati mediante il punto I) e rappresentati sul file Excel sulla base delle Linee Guida Ministeriali⁷.

Figura 18: Esempio Quadratura Costi LA

| CONSUMI SANITARI | | CONSUMI NON SANITARI | | PRESTAZIONI SANITARIE | | SERVIZI SANITARI | | SERVIZI NON SANITARI | | PERSONALE | | | | AMMO | | | | | | |
|------------------|---------------|----------------------|---------------|-----------------------|---------------|------------------|--------------|----------------------|---------------|------------------|---------------|----------------------|------------|----------------|---------------|-----------------------|--------|--------------|--------|--------------|
| | | | | | | | | | | FUCILO SANITARIO | | FUCILO PROFESSIONALE | | FUCILO TECNICO | | FUCILO AMMINISTRATIVO | | | | |
| BA0020 | 42.492.252,67 | BA0310 | 778.195,80 | BA0410 | 20.117.522,83 | BA1280 | 1.468.662,44 | BA1560 | 25.044.237,85 | BA2090 | 69.658.008,21 | BA2130 | 306.173,36 | BA2310 | 88.661.368,48 | 5.638.230,14 | BA2410 | 7.088.850,24 | BA2560 | |
| BA2870 | 1.067.390,40 | BA2880 | 28.719,50 | BA2910 | 1.117.333,51 | BA3300 | 28.210,05 | BA3310 | 220.279,13 | BA3600 | 299.047,60 | | | | | | | | | |
| BA3780 | 169.710,86 | BA3810 | 11.458.173,49 | BA3820 | 282.299,12 | BA3830 | 6.835.597,01 | BA3840 | 2.558.299,81 | | | | | | | | | | | |
| BA3910 | 25.085.105,53 | BA3920 | 1.454.477,16 | BA3930 | 88.069,00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| BA3940 | 19.436.980,79 | BA3950 | 39.154,11 | BA3960 | 486.516,32 | | | | | | | | | | | | | | | |
| BA3970 | 6.195.263,31 | BA3980 | 2.558.299,81 | BA3990 | 500.000,00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| BA4000 | 4.534.610,76 | BA4010 | 1.573.090,84 | BA4020 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BA4030 | 3.949.702,10 | BA4040 | | BA4050 | | | | | | | | | | | | | | | | 587.115,54 |
| BA4060 | 49.855.377,20 | BA4070 | | BA4080 | | | | | | | | | | | | | | | | 70.412,54 |
| BA4090 | 2.558.407,65 | BA4100 | 853.819,98 | BA4110 | | | | | | | | | | | | | | | | 58.886,19 |
| BA4120 | 12.901.131,16 | BA4130 | 160.434,22 | BA4140 | | | | | | | | | | | | | | | | - |
| BA4150 | 1.540.316,47 | BA4160 | | BA4170 | | | | | | | | | | | | | | | | - |
| BA4180 | 8.710.703,06 | BA4190 | | BA4200 | | | | | | | | | | | | | | | | 68.443,20 |
| BA4210 | | BA4220 | | BA4230 | | | | | | | | | | | | | | | | - |
| BA4240 | | BA4250 | | BA4260 | | | | | | | | | | | | | | | | - |
| BA4270 | 177.198,91 | BA4280 | | BA4290 | | | | | | | | | | | | | | | | 4.946.221,46 |

⁷ Linee Guida Modello LA 2019 (con quadro di raccordo Colonne Modello LA e Codice Modello CE)

Il modello LA prevede la rappresentazione per livello e sub-livello di assistenza dei costi pieni, tema già affrontato in precedenza all'interno del presente Manuale⁸ e che potrebbe recepire ulteriori integrazioni da parte dei futuri tavoli tecnici regionali e aziendali.

Per quanto concerne l'allocazione del dato quantitativo all'interno dei livelli e sub-livelli di assistenza, le Linee Guida del Modello LA⁹ forniscono dettagliati indirizzi circa la tipologia di livello da trattare e in alcuni casi dei vincoli quantitativi in relazione ai dati presenti nel bilancio d'esercizio. In figura 21 è presente una rappresentazione del possibile dato quantitativo attribuibile al livello di "Assistenza Integrativa e Protetica".

Figura 21: Esempio Modello e Regole LA

7.2 NUOVO MODELLO CP: SINTESI E NOVITÀ INTRODOTTE DALLE PRIME FASI SPERIMENTALI

A partire dall'esercizio 2020 sarà fatto obbligo, non solo alle Aziende Sanitarie Locali, ma anche alle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie ed IRCCS di compilare e caricare all'interno del portale NSIS il Nuovo Modello Ministeriale di Conto di Presidio.

Con il rilascio dell'ultima versione del Modello CP, seppur ad oggi ancora sperimentale, il Ministero della Salute ha sancito un netto cambiamento rispetto alla versione precedente, il nuovo modello diviene un completo conto economico che fornisce evidenza dei ricavi e dei costi delle macrostrutture fondamentali della ASL, idealmente identificati, in questa prima versione, in un Presidio Unico ospedaliero e nel Territorio (con tale termine si intendono tutte le attività svolte ad esclusione di quelle del presidio unico ospedaliero, comprendendo anche l'assistenza ospedaliera erogata da terzi), cui vengono attribuiti in maniera diretta costi e ricavi.

Di seguito i principali elementi introdotti:

⁸ Manuale Co.An - Paragrafo 6 – Logiche di Ripartizione dei Costi Indiretti.

⁹ Linee Guida Modello LA 2020, Par. 3 – Righe Livelli e Sub Livelli.

- introduzione delle voci relative ai ricavi, assenti nella precedente versione del modello. I ricavi sui presidi sono in larga parte definibili come "figurativi", essendo riferiti alla remunerazione tariffaria ed extra tariffaria di prestazioni e funzioni rese alla propria popolazione, compresa nel finanziamento indistinto globale;
- copertura completa delle voci di costo rappresentate nel modello CE (nella precedente versione del modello, le voci di costo del CP, invece, erano una selezione di quelle ricomprese nel modello CE);
- particolare attenzione alla tematica di quadratura tra Modello CP e CE Min attraverso la voce "Totale Azienda (in quadratura CE)";
- strutturazione del "Dettaglio Voci per Destinazione", nel quale sono indicate le voci CE da gestire in maniera diretta e quelle facoltative da non ripartire, che dunque possono rimanere allocate sui CdC "Costi e Ricavi Comuni";
- scomposizione dei costi di presidio fra centri finali-intermedi, servizi di supporto sanitario, servizi di supporto alberghieri, servizi amministrativi e centrali di presidio. I centri finali-intermedi sono a loro volta distinti fra strutture HSP e strutture STS;
- connessione con il Nuovo Modello LA per quanto concerne l'articolazione del costo pieno di presidio sui tre livelli essenziali di assistenza;
- introduzione di quattro macro aggregati: Presidio Unico Ospedaliero, Territorio, Servizi Amm.vi e Centrali e Costi e Ricavi non ripartiti;
- compilazione estesa su quattro fasi di elaborazione di contabilità analitica, dall'attribuzione delle voci di Costi e Ricavi sui quattro macro aggregati (Fase 1), fino all'articolazione di dettaglio del costo di Presidio sui sotto-livelli assistenziali (Fasi 3-4), passando per l'attribuzione al presidio unico e al territorio di quote di costi dei Centri di costi relativi ai Servizi amministrativi e centrali aziendali;

Figura 22: Esempio Modello CP

The screenshot displays an Excel spreadsheet titled "0. Modello CP". The main table is a grid with columns for "Codice Sottosostituzione", "Codice Voce CP", "Codice Voce CE", and "Descrizione Voce CP". It lists various medical services and their associated costs, categorized by sub-sections like "SEZIONE I - FINANZIAMENTO DA REGIONE".

Below the main table, there is a summary table titled "FASE 1: Attribuzione Costi e Ricavi Diretti ai Centri di Costo/Ricavo Aziendali". This table has columns for "Centri di Presidio" (Finali e Intermedi, di Supporto Sanitario, di Servizi Alberghieri, Generali di Presidio, Totale Costi e Ricavi Diretti di Presidio), "Centri di Territorio", "Centri di Servizi Amministrativi e Centrali Aziendali", "Costi e Ricavi non ripartiti", and "Totale Azienda (in quadratura CE)". The formula for the total is given as $F=A+B+C+D+E$.

L'ultima versione sperimentale divulgata dal Ministero della Salute nel febbraio 2020 non è stata ancora recepita in termini di Linee Guida dalla Regione. Inoltre, l'implementazione del nuovo modello CP comporterà un'analisi preliminare sul *template* di Mappatura dei Punti Fisici al fine di individuare tutti i centri di costo riferibili al "Presidio Ospedaliero Unico Aziendale", così come definito nelle Linee Guida Ministeriali, e quelli riferibili al Territorio (questi ultimi comprensivi, anche dell'assistenza ospedaliera da terzi).

Anche in questo caso, la rilevazione, con periodicità annuale, è effettuata a consuntivo, su dati della Contabilità Generale e della Contabilità Analitica.

8. PROSSIMI PASSI

Al fine di rendere il modello di controllo di gestione Aziendale sempre più utile a supportare le scelte strategiche dell'ASL Rieti, l'UOS Controllo di Gestione ritiene prioritario procedere con il consolidamento delle attività correlate in linea con i flussi presenti:

- **Mappatura dei Centri di Costo**, intesa come attività volta a determinare il peso specifico di tutte le Unità Operative (Sanitarie e non) e degli spazi comuni sull'attribuzione dei costi indiretti;
- **Aggiornamento Procedure Fattori Produttivi Aziendali**;
- **Definizione del Flusso del Personale Aziendale allocato sui Centri di Costo e Centri di Responsabilità**, in base al principio della competenza, del costo e delle unità del personale dipendente e non dipendente, distinto per ruolo e per profilo professionale;
- **Analisi dei Flussi di Produzione (SIO, SIAS etc.)**, il fine è quello di misurare la produttività delle singole strutture di produzione verificando l'impegno delle risorse per destinazione anche in relazione all'attuale emergenza Covid-19;
- **Sistema di Monitoraggio e Reporting**, realizzando un cruscotto di indicatori tale da permettere un'analisi delle *performance* delle singole Unità Operative e la produzione di report per misurare le attività svolte in relazione alle risorse impiegate (Personale, Attrezzature, Impianti e Macchinari etc.), quindi in termini di efficacia ed efficienza;

9. ALLEGATI

- All.to 1: Piano Aziendale dei Centri di Costo
- All.to 2: Piano Aziendale dei Fattori Produttivi 2019
- All.to 3: Linee Guida Regionali Piano dei Centri di Rilevazione 2018
- All.to 4: Metodologia Regionale per l'implementazione dei Fattori Produttivi 2017
- All.to 5: Modello Analisi Squadrature & Flussi Co.An
- All.to 6: Linee Guida Modello LA 2020
- All.to 7: Modello LA Regole e Quadratura
- All.to 8: Linee Guida Modello LA 2019 (con quadro di raccordo Colonne Modello LA e Codice Modello CE)
- All.to 9: Linee Guida Modello CP 2020
- All.to 10: Addendum alle Linee Guida CP 2020