

# Implementazione di un Sistema di Programmazione e Controllo

## Manuale di Contabilità Analitica

### Azienda Sanitaria Locale di Rieti

**Versione 2023**

*Novembre 2023*

## INDICE DEL DOCUMENTO

<b>1. PREMESSA .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 ACRONIMI E DEFINIZIONI .....</b>	<b>7</b>
<b>2. IL MODELLO DI CONTABILITÀ ANALITICA.....</b>	<b>8</b>
<b>3. PIANO DEI CENTRI DI COSTO E DI RESPONSABILITÀ' .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 STRUTTURA .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 MODELLO DI CODIFICA .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3 PRINCIPI DI UTILIZZO.....</b>	<b>13</b>
<b>3.4 TRANSCODIFICA CENTRI DI COSTO AZIENDALI IN CENTRI DI RILEVAZIONE REGIONALI .....</b>	<b>13</b>
<b>3.5 PROCEDURE PER LA GESTIONE .....</b>	<b>14</b>
<b>4. PIANO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 STRUTTURA DEL PIANO DEI FATTORI PRODUTTIVI.....</b>	<b>22</b>
4.1.1 Ricavi gestione caratteristica .....	24
4.1.2 Costi gestione caratteristica .....	25
4.1.3 Ricavi e costi gestione non caratteristica .....	27
4.1.4 Ricavi e costi figurativi .....	27
4.1.5 Imposte e tasse.....	28
<b>5. LOGICHE DI RIPARTIZIONE DEI COSTI INDIRETTI.....</b>	<b>29</b>
<b>5.1 CRITERIO DI RIBALTAMENTO .....</b>	<b>29</b>
<b>5.2 CENTRI DI COSTO OGGETTO DI RIBALTAMENTI .....</b>	<b>30</b>
<b>5.3 DRIVER E LOGICHE DI RIBALTAMENTO.....</b>	<b>31</b>
5.3.1 Centri di Supporto Sanitario.....	31
5.3.2 Centri Alberghieri .....	31
5.3.4 Centri Gestionali .....	32
5.3.5 Centri di Coordinamento .....	32
5.3.6 Centri Comuni .....	32
<b>5.4 CENTRI DI COSTO RICEVENTI.....</b>	<b>33</b>
5.4.1 Centri di Rilevazione Degenza – FO.....	33

---

5.4.2 Centri di Rilevazione Diagnostico-Terapeutici – FD .....	33
5.4.3 Centri di Rilevazione Territoriale di tipo Distrettuale - FT .....	33
5.4.4 Centri di Rilevazione Territoriale di Prevenzione – FP .....	33
5.4.5 Centri di Rilevazione Territoriale di Salute Mentale – FM .....	33
<b>6. ALLINEAMENTO CO.GE / CO.AN .....</b>	<b>35</b>
<b>7. ADEMPIMENTI NORMATIVI.....</b>	<b>38</b>
<b>7.1 MODELLO LA: PRESUPPOSTI E PRINCIPI GENERALI .....</b>	<b>38</b>
<b>7.2 MODELLO CP: PRINCIPI GENERALI E FASI .....</b>	<b>42</b>
<b>8. ALLEGATI.....</b>	<b>44</b>

## 1. PREMESSA

### 1.1 SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONE

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.

Coerentemente con quanto previsto dalla Missione 6 – Salute, uno dei principali obiettivi dell'Amministrazione è quello di garantire e monitorare gli standard relativi all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione, attraverso un sistema di rilevazione digitale, agile, efficiente e che si focalizzi principalmente sulle esigenze non solo del paziente, ma del cittadino.

Attraverso quindi lo sviluppo e l'ottimizzazione dell'interoperabilità dei dati, la UOS Contabilità Analitica si prefigge di:

- garantire la condivisione e la disponibilità dei dati inerenti al valore della produzione e alla spesa sanitaria in modo sicuro e tempestivo, evitando duplicazioni e inconsistenza dei dati stessi;
- riconoscere la presenza di eventuali non conformità del dato che possano pregiudicare la corretta rilevazione dello stesso;
- migliorare la standardizzazione delle informazioni;
- migliorare l'accessibilità e l'utilizzo dei dati;
- gestire la reportistica con apposite funzioni per l'estrazione dei dati per far fronte ai debiti informativi al fine di abilitare e semplificare lo scambio strutturato di dati tra le diverse Unità Operative, l'analisi e la valorizzazione degli stessi;
- supportare l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari nell'ambito del territorio al fine di agevolare i processi di assistenza domiciliare, l'integrazione tra presidio, distretti e professionisti;
- monitorare la propria Rete di Prossimità in coerenza con quanto definito dal PNRR e dal PNC.

Nello sviluppo di tale percorso, la UOS Contabilità Analitica 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 della Contabilità Analitica 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 Modelli Ministeriali LA e CP;
- **Regionale:** consentire l'adozione di logiche definite in ambito Nazionale e Regionale, agevolare l'invio di flussi informativi 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 interazione ed alla comunicazione tra la Direzione Strategica e gli organi amministrativi responsabili della gestione.

In quest'ottica, la Contabilità Analitica avrà il compito di rendere disponibili tutte le informazioni rilevanti funzionali a 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 dalle prossime versioni.

## 1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

Riferimento	Descrizione
<b>Legge n. 833/1978</b>	Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
<b>D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i</b>	Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
<b>D.Lgs. n. 517/1993</b>	Modifiche 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
<b>D.Lgs. n. 229/1999</b>	Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 (c.d. Riforma Bindi)
<b>D.Lgs. n. 286/1999</b>	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
<b>Legge Costituzionale n. 3/2001</b>	Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione in tema di ripartizione delle competenze legislative tra lo Stato e le Regioni
<b>D.Lgs. n. 347/2001</b>	Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria
<b>D.Lgs. n. 118/2011</b>	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
<b>Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005</b>	Disposizioni in materia di Contabilità Analitica
<b>D.Lgs. n. 123/2011 e s.m.i.</b>	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
<b>D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135</b>	Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, che contiene disposizioni in materia sanitaria (Art. 15)
<b>D.L. n. 158/2012 convertito in Legge dell'8 novembre 2012, n. 189</b>	Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (c.d. L. Balduzzi)
<b>D.M. 17/09/2012</b>	Decreto Interministeriale del Ministero della Salute in materia di certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie
<b>D.M. 01/03/2013</b>	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)
<b>Determina Regionale n. G09446/2014</b>	Istituzione del Gruppo di Lavoro per l'analisi e l'implementazione del Sistema di Contabilità Analitica nelle Aziende Sanitarie
<b>DCA n. U00247/2014</b>	Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio (Intervento 6, Azione 4: Obiettivi Programmati di Contabilità Analitica)
<b>DCA n. U00311/2016</b>	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.
<b>Determina N. G00188 del 10/01/2018</b>	Progetto SANPAC – Contabilità analitica (Co.An). Approvazione del Piano dei Fattori produttivi regionale e della Metodologia per l'implementazione
<b>D.M. 12/03/2019</b>	Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria
<b>DCA n. U00081/2020</b>	Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 (II Sezione, Par. 11.3: Sistema contabile unico e di contabilità analitica)
<b>Determina N. G04961 del 03/05/2021</b>	Progetto SANPAC - Co.An.. Aggiornamento e integrazione della determinazione n. G00188 del 10 gennaio 2018. Adozione delle Linee Guida e del Piano dei Fattori Produttivi della contabilità analitica per la Regione e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale
<b>Legge n.108/2021</b>	Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure.

### 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 / Responsabilità, 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**, attività successiva alla creazione dei Centri di Costo e propedeutica alla loro classificazione all'interno dei modelli ministeriali (LA e CP);
- **Ripartizione 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 RESPONSABILITÀ

Il Piano dei Centri di Costo / Responsabilità, che 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 impiegati in un determinato periodo temporale.

I Centri di Responsabilità possono essere definiti come unità organizzative composte da gruppi di persone che operano per raggiungere un determinato obiettivo, attraverso l'utilizzo di risorse assegnate e sotto la guida di un dirigente, il quale si assume, nei confronti dei livelli superiori, la responsabilità delle azioni intraprese (es. UOC Pneumologia).

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 impiegati<sup>1</sup>" ovvero come unità operative, facenti capo ad un Centro di Responsabilità e quindi ad un Responsabile, titolari di Fattori Produttivi (es. Pneumologia – Costi Comuni).

#### 3.1 STRUTTURA

La realizzazione e l'individuazione dei Centri di Costo / Responsabilità<sup>2</sup> deve avvenire sulla base di una struttura gerarchica formalmente definita all'interno dell'ultimo Atto Aziendale in vigore<sup>3</sup>.

Al fine di rappresentare la struttura gerarchica attualmente presente, la UOS Contabilità Analitica ha articolato il Piano dei Centri di Costo / Responsabilità all'interno di nr. 5 livelli gerarchici, i quali definiscono:

**I – Direzioni;**

**II – Area / Ambito;**

**III – Dipartimento;**

**IV – Centro di Responsabilità;**

**V – Ubicazione Centro di Costo;**

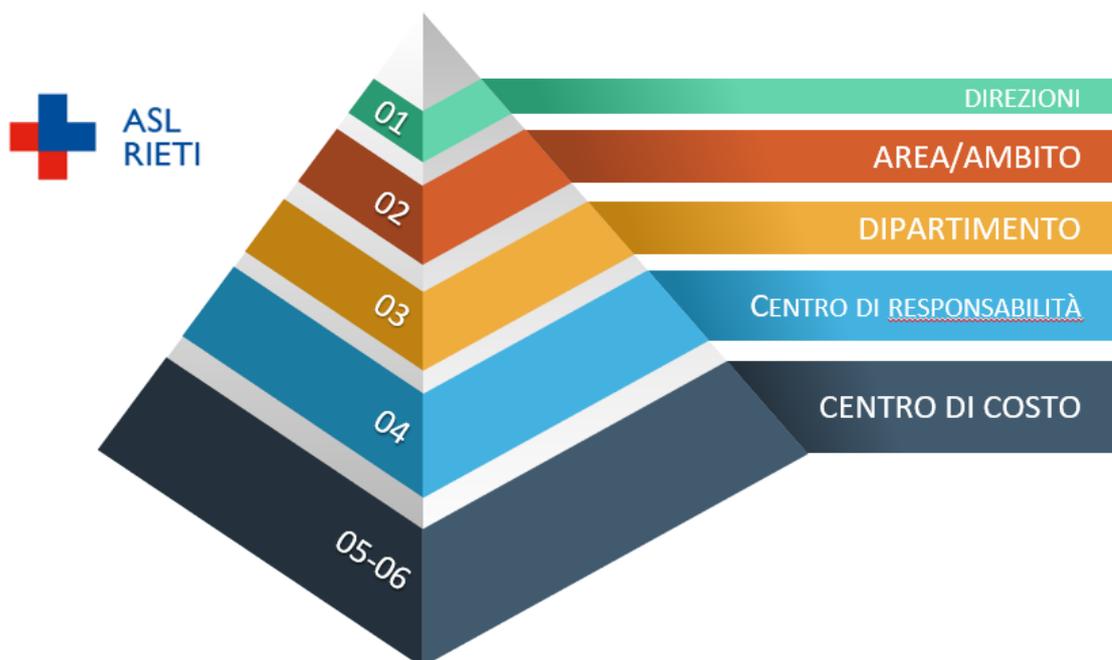
**VI – Centro di Costo.**

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

<sup>2</sup> Deliberazione/DG n. 1194/2022 del 20/12/2022 - *Oggetto: Adozione del Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità coerentemente con l'Atto Aziendale approvato dalla Regione Lazio con Determina di Giunta Regionale n. G04877 del 26/04/2022, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 37 del 03/05/2022.*

<sup>3</sup> Deliberazione/DG n. 363 del 07/04/2022 - *Oggetto: Adozione delle modifiche all'Atto di Autonomia della ASL di Rieti: recepimento delle modifiche risultanti dall'istruttoria preliminare e approvazione dell'Atto da parte della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria della Regione Lazio.*

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



Esempio:

I – Direzioni e Costi Comuni Aziendali (es. Direzione Sanitaria);

II – Aree/Ambito (es. Ambito della Produzione);

III – Dipartimento (es. Dipartimento di Medicina);

IV – Centro di Responsabilità (es. UOC Pneumologia);

V – Ubicazione Territoriale (es. Rieti);

VI – Centro di Costo (es. Pneumologia - Costi Comuni).

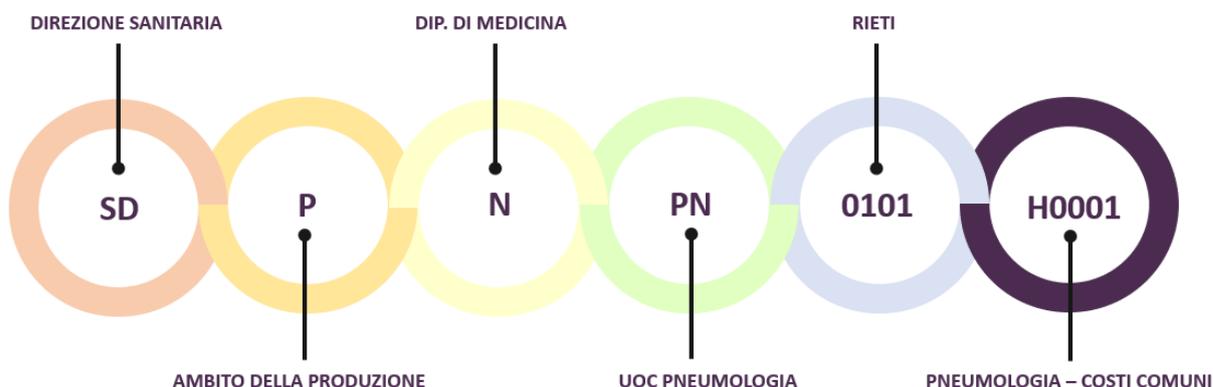
Figura 2: Rappresentazione Centri di Costo per la UOC Pneumologia

LIV	CODICE CDC	DESCRIZIONE CDC	SEDE	CDC	UOC	UOS	UOSD
				700	39	33	22
I	SD	DIREZIONE SANITARIA					
II	SDP	AMBITO DELLA PRODUZIONE					
III	SDPN	DIPARTIMENTO DI MEDICINA					
IV	SDPNDE	DIREZIONE DIPARTIMENTO DI MEDICINA					
V	SDPNDE0101	DIREZIONE DIPARTIMENTO DI MEDICINA					
VI	SDPNDE0101H0001	DIREZIONE DIPARTIMENTO DI MEDICINA - COSTI COMUNI		√			
IV	SDPNPN	UOC PNEUMOLOGIA			√		
V	SDPNPN0101	PNEUMOLOGIA					
VI	SDPNPN0101H0001	PNEUMOLOGIA - COSTI COMUNI	RIETI	√			
VI	SDPNPN0101H2001	PNEUMOLOGIA - DAY HOSPITAL	RIETI	√			
VI	SDPNPN0101H3001	PNEUMOLOGIA - AMBULATORIO	RIETI	√			
VI	SDPNPN0101H5001	PNEUMOLOGIA - FLUSSO F	RIETI	√			
VI	SDPNPN0101H0901	PNEUMOLOGIA - ALPI	RIETI	√			
VI	SDPNPN0101H9001	PNEUMOLOGIA - LUNGASSENZA	RIETI	√			

### 3.2 MODELLO DI CODIFICA

Ciascun Centro di Costo/Responsabilità 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 (I Livello) ad un massimo di 15 per definire l'ultimo livello, ovvero il Centro di Costo.

Figura 3: Codifica del Centro di Costo "Pneumologia – Costi Comuni"



### 3.3 PRINCIPI DI UTILIZZO

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

- 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 Costo;
- in relazione alla gestione 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 deve 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 gestione dei flussi sanitari alimentante la Contabilità Analitica, devono essere predisposte le relative tabelle di corrispondenza tra Centri di Costo ed i codici di riferimento della disciplina.

### 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 – Aprile 2021".

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 degli Enti.

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 4: Esempio di Transcodifica dei Centri di Costo per UOC Pneumologia in Centri di Rilevazione Regionale**

Centro di costo Aziendale - Codice	Centro di costo Aziendale - Descrizione	Codice Azienda	Tipologia di Centro di Rilevazione	Identificativo Centro	Progressivo	Linea LA	Altre Informazioni	Sede di ubicazione del Centro	Centro di Rilevazione Regionale
SDPNPN0101H0001	PNEUMOLOGIA - COSTI COMUNI	110	FD	68	03	99	X	040	110FD680399X040
SDPNPN0101H2001	PNEUMOLOGIA - DAY HOSPITAL	110	FD	68	03	3U	X	040	110FD68033UX040
SDPNPN0101H3001	PNEUMOLOGIA - AMBULATORIO	110	FD	68	03	2M	X	040	110FD68032MX040
SDPNPN0101H5001	PNEUMOLOGIA - FLUSSO F	110	FD	68	03	2U	X	040	110FD68032UX040
SDPNPN0101H9001	PNEUMOLOGIA - ALPI	110	FD	68	03	99	I	040	110FD680399I040
SDPNPN0101H9001	PNEUMOLOGIA - LUNGASSENZA	110	FD	68	03	99	X	040	110FD680399X040

### 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 gestione del piano stesso.

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.

#### ➤ **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 della UOS Contabilità Analitica (ora anche Co.An):

- 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.

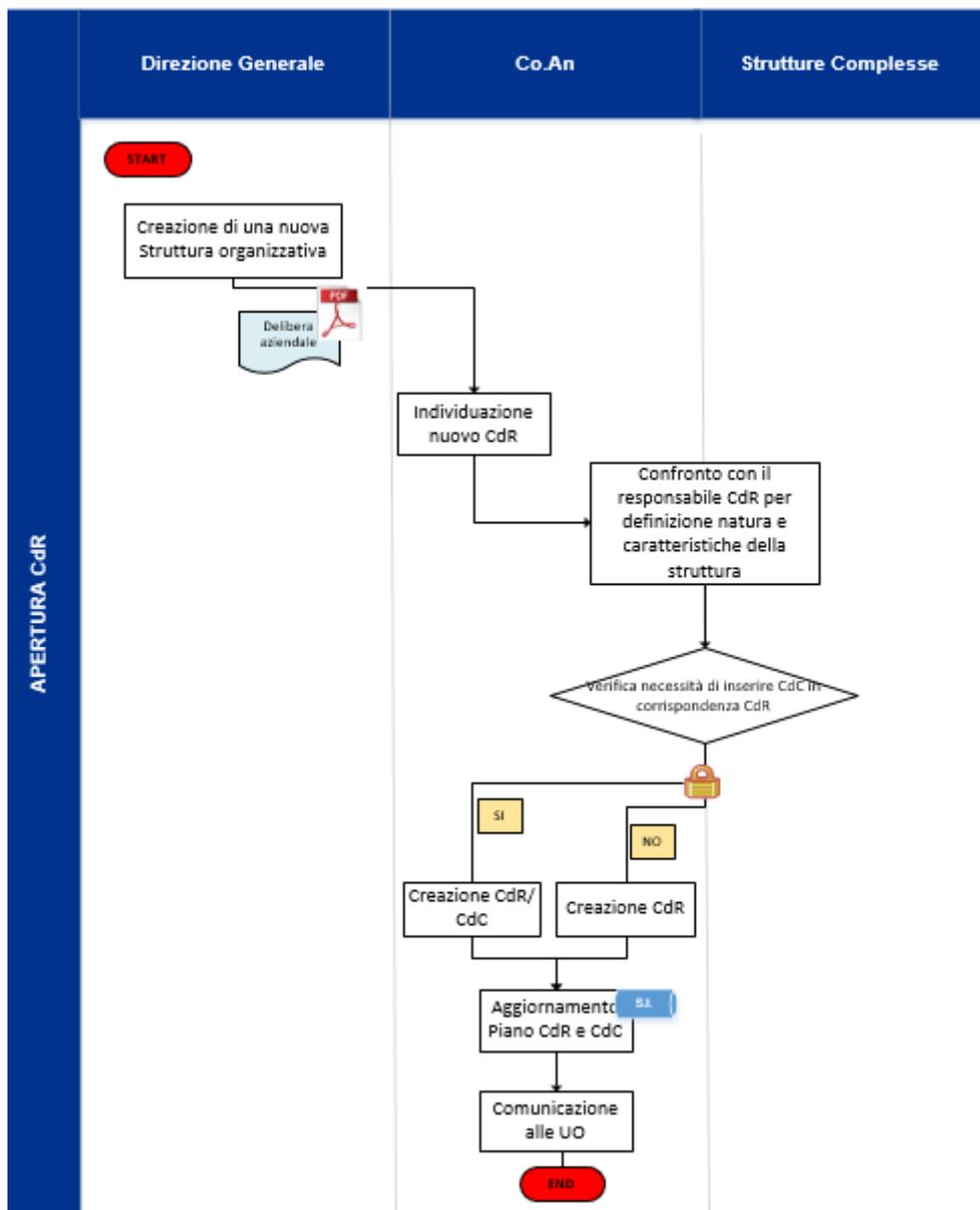
A seguito della delibera adottata dalla Direzione Generale, la UOS Contabilità Analitica convoca il Responsabile (anche provvisorio) della nuova unità e valuta se sussistono le condizioni per istituire uno o più Centri di Costo in corrispondenza del CdR. Effettuata la verifica, con il supporto del Responsabile, si definisce la struttura dei Centri di Costo più opportuna per il nuovo Centro di Responsabilità. Una volta definita tale struttura la UOS Contabilità Analitica 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

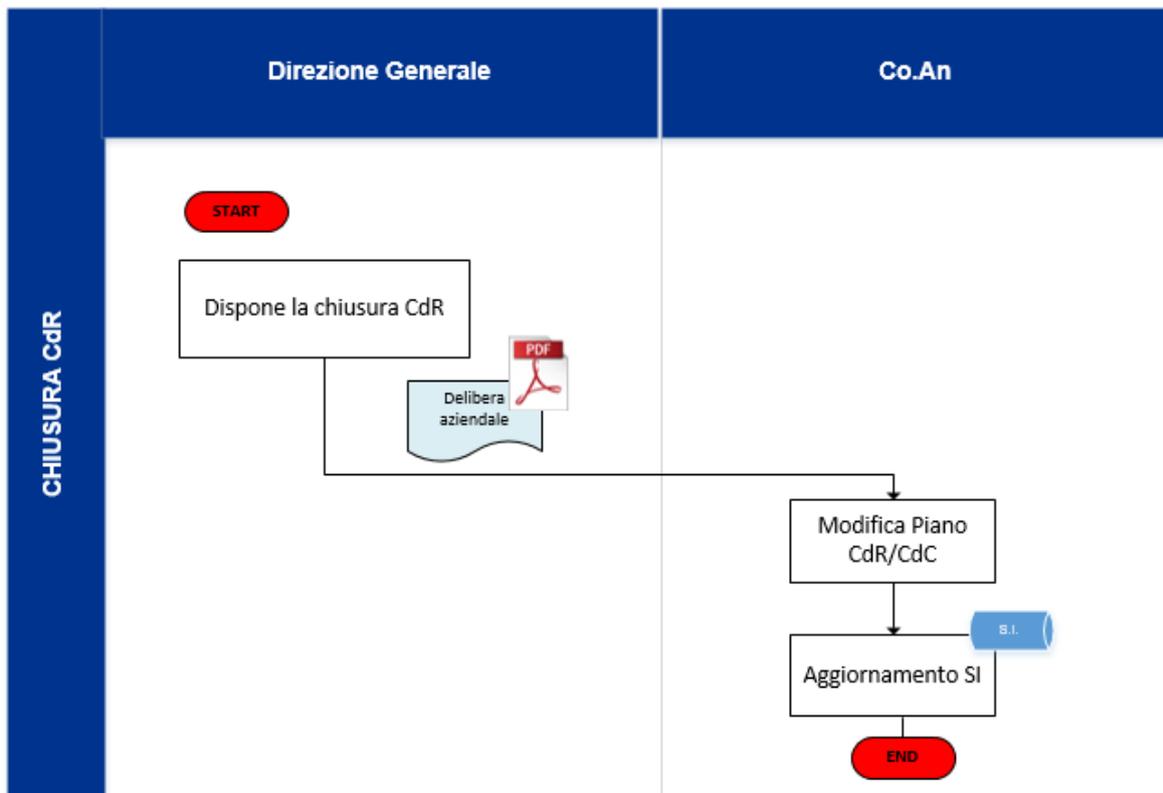


Controllo

➤ **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 aziendali/dipartimentali.

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, la UOS Contabilità Analitica si limita a provvedere agli adempimenti tecnici ovvero all’aggiornamento del Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità.

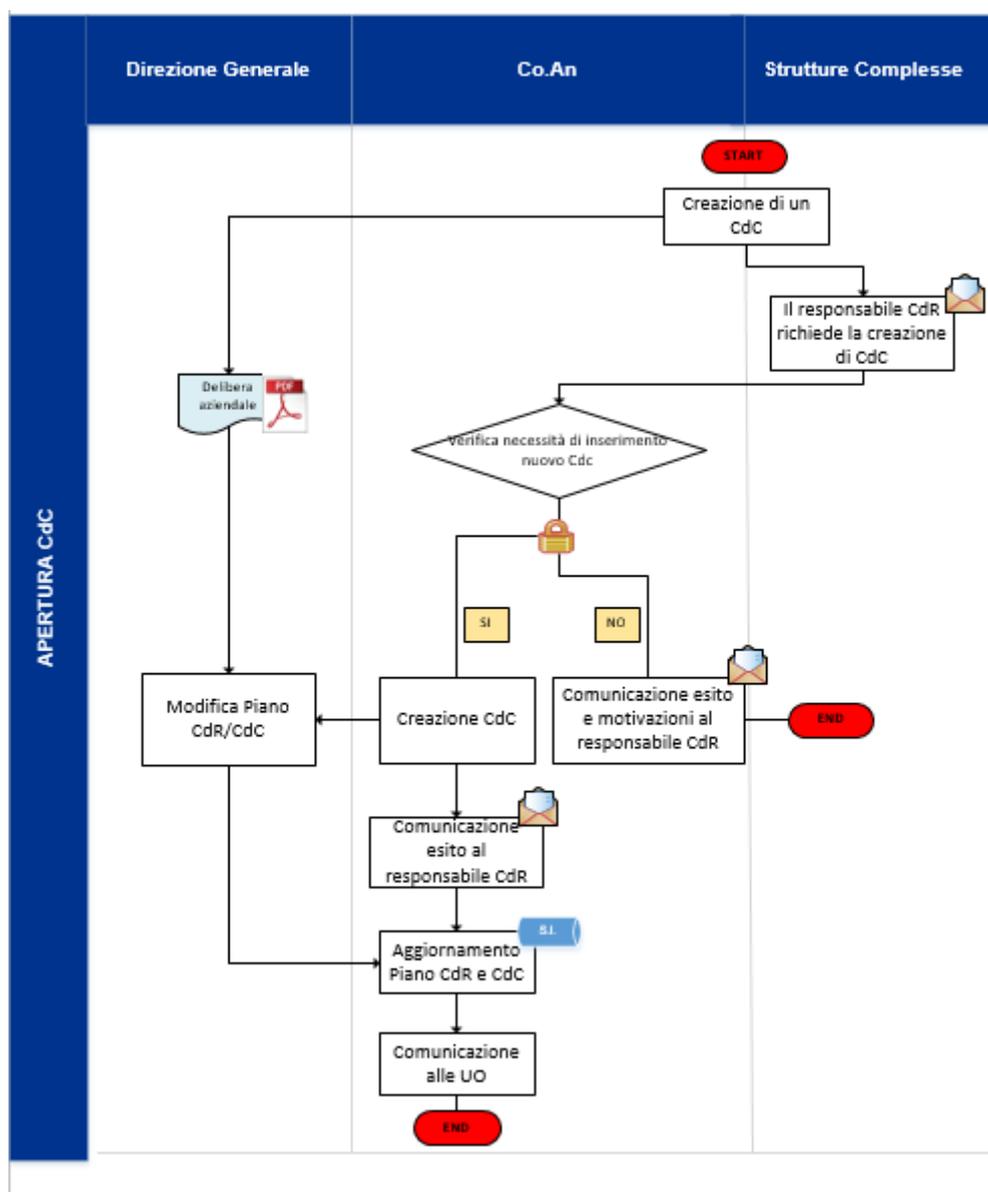


**Legenda:**

-  Delibera aziendale
-  Inserimento dell'informazione nel Sistema Informativo

➤ **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 della UOS Contabilità Analitica oppure in seguito a richiesta formulata da parte del responsabile del CdR a cui farà capo il nuovo Centro di Costo. 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. La UOS Contabilità Analitica 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, la UOS Contabilità Analitica è tenuta 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, la UOS Contabilità Analitica, 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

➤ **Procedura per la chiusura di un Centro di Costo**

La chiusura di un Centro di Costo può essere prevista:

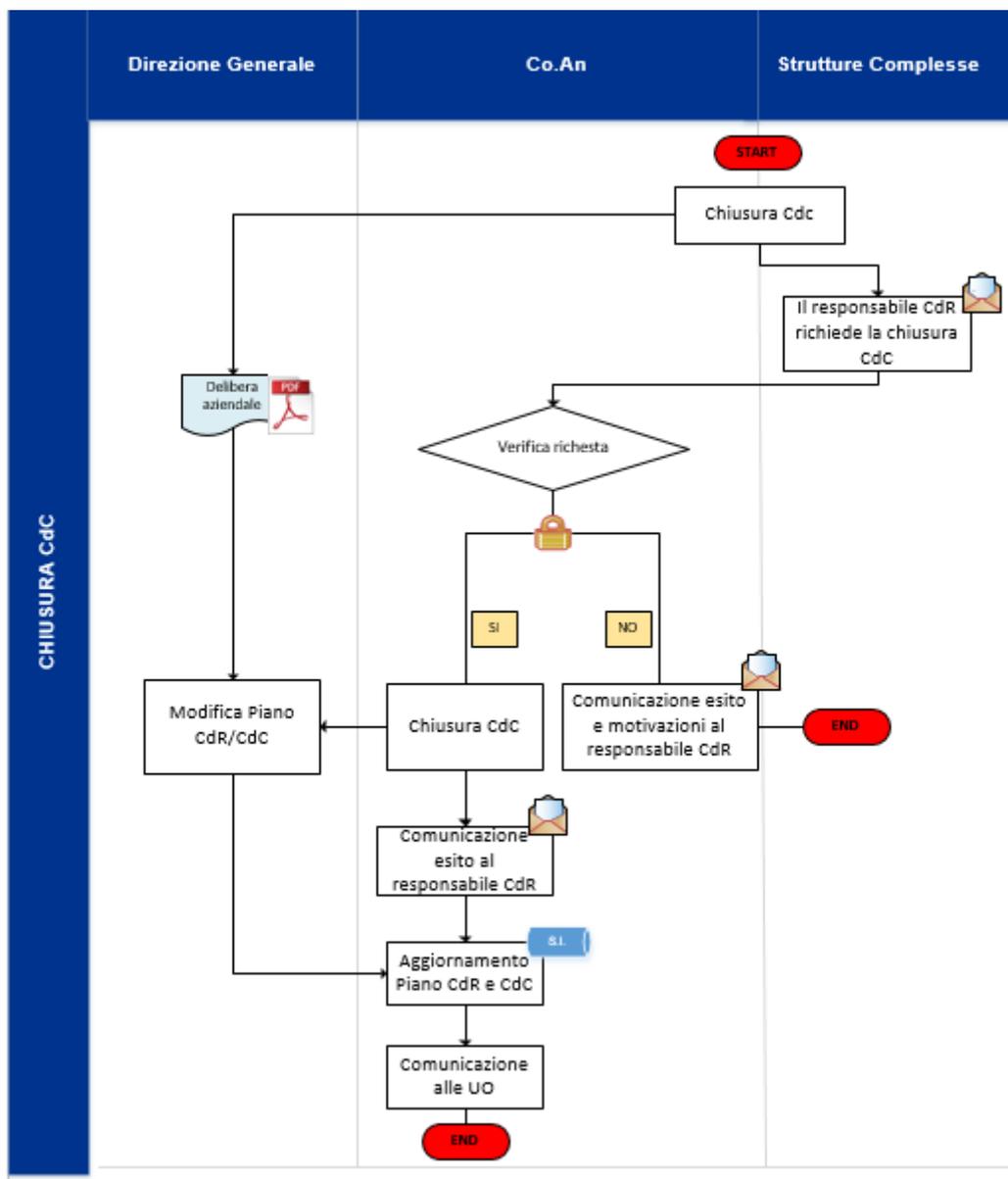
- su iniziativa della UOS Contabilità Analitica, in condivisione con il Responsabile dell'unità operativa, nel caso in cui questo ne ravvisi l'opportunità;
- su richiesta proveniente da uno o più Responsabili di CdR.

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 della Co.An 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 (ora anche Piano dei FP), insieme al Piano dei Centri di Costo, determina 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. Al fine di garantire una quadratura con la Co.Ge, la definizione del Piano dei Fattori Produttivi deve prevedere delle connessioni dirette con 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 in linea 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;
- soggetti interni: a seguito di aggiornamenti, modifiche ed integrazioni dal personale competente per specifiche casistiche, come nel caso della UOC Politiche 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 costituisce una classificazione delle risorse necessarie per la produzione di prestazioni e l'erogazione di servizi, ordinati per "natura" (es. personale, beni di consumo, etc.) e attribuiti ai centri di costo in base alla "destinazione", ovvero attribuiti alle unità operative che li utilizzano per lo svolgimento dell'attività:

- 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 5: 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

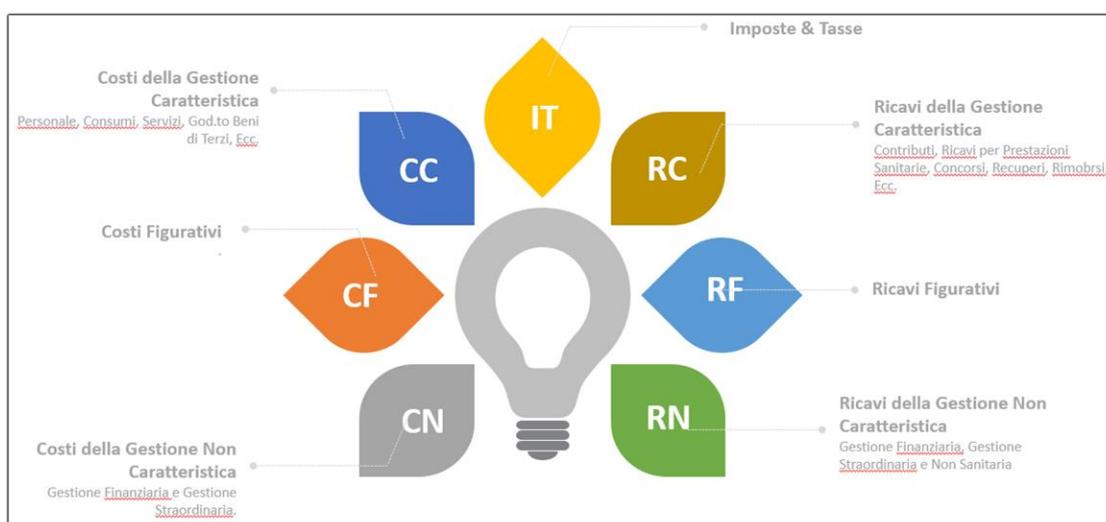
La struttura del Piano è suddivisa in:

- 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 Figurativi (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 6: 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 rilevanza. 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;
- 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, Ingegnere, etc.); 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:

- 1 Servizi Sanitari;
- 2 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, etc.).

## 5. LOGICHE DI RIPARTIZIONE DEI COSTI INDIRETTI

La contabilità a costi pieni<sup>4</sup> (*full costing*) consiste nell'imputare ai centri di costo finale tutti i costi impiegati per la realizzazione di un prodotto e/o l'erogazione di un servizio: 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).

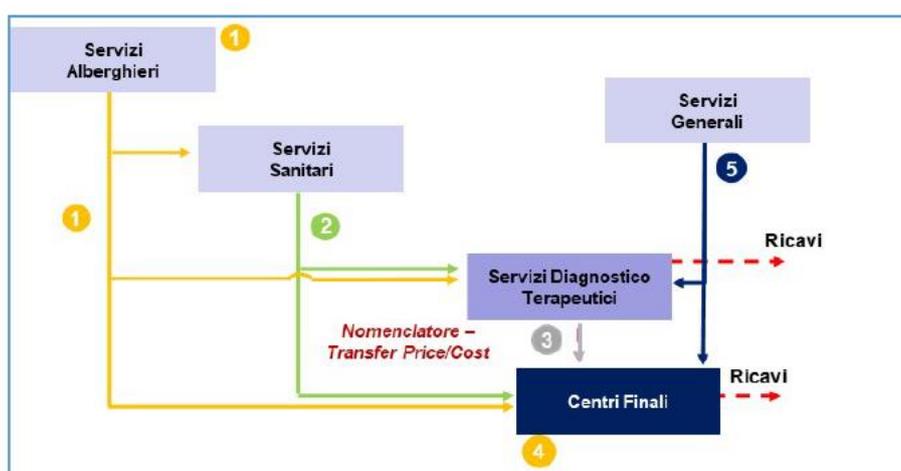
Più complesse sono le dinamiche di classificazione ed allocazione per i costi indiretti, cioè per quei "costi relativi a fattori produttivi che partecipano a più processi di produzione, e che vengono imputati all'oggetto di costo per mezzo di un criterio di ripartizione"<sup>5</sup>. È il caso del costo sostenuto per l'energia elettrica, le spese di riscaldamento, di manutenzione e di pulizia.

Pertanto, è necessario definire:

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

### 5.1 CRITERIO DI RIBALTAMENTO

Ad oggi, in linea con le indicazioni regionali, 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.



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

<sup>5</sup> P. Orlandini, *Principi di Economia Aziendale*, p.225, definizione di costi indiretti.

## 5.2 CENTRI DI COSTO OGGETTO DI RIBALTAMENTI

I costi indiretti sono costituiti da tutti quei costi non direttamente imputabili al Centro di Costo Finale, trattandosi di numerose e varie tipologie le linee guida regionali<sup>6</sup> individuano le seguenti fattispecie:

- **Centri di Supporto Sanitario:** forniscono servizi di natura sanitaria funzionale e/o accessoria 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 Gestionali:** erogano all'interno dell'azienda 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.

<sup>6</sup> Linee Guida Regionali, Piano dei Centri di Rilevazione, Aprile 2021

### 5.3 DRIVER E LOGICHE DI RIBALTAMENTO

Esistono diversi criteri di ripartizione, le tabelle forniscono alcune indicazioni di massima emerse durante i tavoli tecnici regionali, tuttavia dovranno essere oggetto di ulteriori approfondimenti anche in virtù dei criteri presenti all'interno dei modelli ministeriali LA e CP.

#### 5.3.1 CENTRI DI SUPPORTO SANITARIO

Tipologia	Driver di ribaltamento
Blocco operatorio	Nr. interventi pesati per DRG
Centri prelievi	Numero prelievi
Porta unica di accesso ai Servizi Socio – Sanitari (P.U.A.)	Numero prese in carico
Sale parto	Numero parti Ore utilizzo programmate
Servizio cartelle cliniche	Numero di cartelle cliniche elaborate
Servizio di anestesia	Ore effettuate dagli anestesisti (ore in turno + ore di chiamata per urgenze)
Servizio dietistico	Giornate di degenza
Servizio di disinfezione	% di utilizzo del servizio da parte di altri servizi
Servizio di sterilizzazione	% di utilizzo del servizio da parte di altri servizi
Servizio di farmacia	Numero di movimentazioni di scarico
Servizio di fisica sanitaria	Numero e tipologia di prestazioni effettuate dal servizio a favore di altri Centri
Servizio di pre-ospedalizzazione	Numero di pre-ricoveri effettuati
Servizio di rianimazione e terapia intensiva	Giornate di degenza effettuate da pazienti che transitano in terapia intensiva
Servizio infermieristico	Numero unità infermieristiche utilizzate
Servizio necroscopico	Numero decessi
Servizio Sociale	Numero di valutazioni effettuate

#### 5.3.2 CENTRI ALBERGHIERI

Tipologia	Driver di ribaltamento
Accettazione	Numero pazienti accettati
Assistenza informatica	Ore di servizio
Centrale ossigeno	Numero giornate di degenza Numero posti letto Litri erogati
Centralino	Numero apparecchi Teste equivalenti in carico
Cup e cassa	Ore apertura Numero di prenotazioni Fatturato per esterni
Elettricità	Superficie occupata (metro quadrato o metro cubo) Energia assorbita
Guardaroba	Numero teste pers. le in carico
Lavanderia	Numero giornate di degenza Kg biancheria lavata
Magazzino economale e tecnico	Valore scarichi
Manutenzioni	Valore degli interventi
Mensa degenti	Numero pasti serviti
Mensa dipendenti	Numero buoni pasti erogati (in assenza servizio mensa dipendenti)
Pulizie	Superficie occupata (metro quadrato) in relazione al livello di rischio/complessità
Riscaldamento	Superficie occupata (preferibile metro cubo)
Smaltimento rifiuti	Kg rifiuti pesati
Telefonia	Teste equivalenti in carico
Trasporto pazienti	Numero pazienti trasportati
Trasporto non sanitario	Km percorsi
Servizi vigilanza, guardiania e portineria	Ore di servizio

## 5.3.4 CENTRI GESTIONALI

Tipologia	Driver di ribaltamento
Servizio Gestione Personale	Ripartizione dei costi in proporzione al peso del costo del personale dei singoli centri di costo, sul totale del costo del personale
Servizi Legali	
Affari Generali	
Servizio Econom.-Finanz.	
Servizio Contabilità Analitica	

## 5.3.5 CENTRI DI COORDINAMENTO

Tipologia	Driver di ribaltamento
Comitato Etico	Ripartizione dei costi in proporzione al peso del costo del personale dei singoli centri di costo, sul totale del costo del personale
Collegio Sindacale	
Direzione Strategica	
Direzione Distretto	
Direzione Dipartimento	

## 5.3.6 CENTRI COMUNI

Tipologia	Driver di ribaltamento
Costi Comuni Aziendali	Ripartizione dei costi in proporzione al peso del costo del personale dei singoli centri di costo, sul totale del costo del personale
Costi Comuni Distretto	
Costi Comuni Dipartimento	
Costi Comuni Presidio	

## 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, etc.

### 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, etc.

### 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.





Figura 10: Modello di acquisizione Contabilità Analitica per Template Fattori Produttivi alimentato

III) **Output Squadrate & Flussi**, attraverso una comparazione del medesimo Conto sulla stessa base temporale, vengono rilevati tutti i  $\Delta$  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 11: Analisi Squadrate & Flussi

## 7. ADEMPIMENTI NORMATIVI

Uno dei principali obiettivi della UOS Contabilità Analitica 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 Finanziario nella compilazione dei 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 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 Contabilità Analitica si è dotata di un sistema di monitoraggio in modo da produrre tutti i dati significativi per tali adempimenti.

### 7.1 MODELLO LA: PRESUPPOSTI E PRINCIPI GENERALI

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 <sup>7</sup> 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 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 Finanziario.
- 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 Contabilità Analitica.
- 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 Ministeriali<sup>8</sup>.
- IV) **Check Quadratura LA**, rappresenta il quadro di raccordo tra l'ultima versione del Modello LA e dei rispettivi allegati rispetto a quanto rappresentato nel CE Ministeriale, in corrispondenza di determinati Conti.

<sup>7</sup> Per ulteriori dettagli si rimanda all'allegato "Linee Guida Modello LA 2020".

<sup>8</sup> Linee Guida Modello LA 2019 (con quadro di raccordo Colonne Modello LA e Codice Modello CE)

Figura 12: Esempio Input CE Min

CODICE MIN	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 528, 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

Figura 13: Esempio Input Modello LA

REGIONE	120	CODICE	120XXX	CONSUNTIVO ANNO	2019												
Macrodati economiche	Consumi di esercizio		Costi per soggetti di servizi		Personale												
	Benei sanitari	Benei non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari												
					Ruolo sanitario												
					Ruolo professionale												
					Ruolo tecnico												
					Ruolo amministrativo												
					Ammortamenti												
					Supervenie e insussistenze												
					Altri costi												
					Oneri finanziari, svalutazioni, impaccamenti												
					Totale												
100	<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>																
101	SA100	Attività di Pronto soccorso	245.005,45	57.297,80	3.201.925,37	710.595,36	2.036.732,36	4.205.905,53	23.125,05	303.546,23	245.036,42	0,00	40.315,46	137.613,34	43.934,48	11.541.025,55	
102	SA111	Attività di Pronto soccorso e OBI	244.408,69	57.036,18	2.817.724,34	669.247,30	1.918.948,17	3.430.811,39	11.473,65	332.478,70	195.272,00	0,00	31.242,82	151.638,22	41.294,42	3.823.420,08	
103	SA111	Attività di Pronto Soccorso e OBI per accessi non seguiti da ricovero	76.707,24	24.679,49	2.174.911,00	446.392,08	1.200.988,55	2.400.108,39	10.211,53	271.676,13	124.700,45	0,00	23.811,34	124.901,13	35.008,49	7.069.912,44	
104	SA112	Attività di Pronto Soccorso e OBI per accessi seguiti da ricovero	165.699,45	32.356,72	843.019,00	222.295,05	558.959,62	1.029.703,00	4.278,82	60.802,57	69.569,55	0,00	8.000,00	27.697,09	6.255,93	2.818.987,64	
105	SA12	Accertamenti diagnostici strumentali o consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero	642,80	25,62	393.456,29	41.946,06	247.994,19	858.357,34	3.645,40	51.026,53	49.624,42	0,00	3.872,64	45.377,12	8.940,06	1.711.695,47	
106	SB100	Assistenza ospedaliera per acuti	11.720.666,69	203.465,21	53.324.346,25	3.402.000,18	12.308.912,13	36.219.254,34	53.575,18	2.237.795,11	1.205.603,57	0,00	345.553,26	1.060.635,46	502.654,67	137.730.543,55	
107	SB111	Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Hospital	89.917,23	6.727,29	3.932.463,47	433.110,17	1.073.201,94	2.840.407,66	11.893,45	321.201,74	441.244,43	0,00	17.473,36	116.400,61	30.740,66	14.801.293,51	
108	SB111	Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Surgery	280.250,01	3.543,45	2.732.602,96	273.591,65	253.242,31	665.295,36	6.263,22	35.340,57	53.761,67	0,00	11.264,00	45.452,33	4.185.366,15		
109	SB111	Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Ambulatory	11.341.220,36	293.294,47	47.789.081,82	6.169.208,36	11.062.246,29	32.913.561,92	115.442,51	2.017.253,80	1.102.580,21	0,00	316.015,30	1.679.752,52	466.511,39	118.151.903,89	
110	SB111	Assistenza ospedaliera per acuti - Interventi 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	
111	SB111	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	
112	SC100	Assistenza ospedaliera per long-term care	0,00	0,00	281.498,44	4.725,49	301,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.138,08	12.378,43	3.188,05	304.199,76
113	SD100	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	1242,76	0,00	2.740.738,90	193.932,17	63.320,08	493.474,39	2.82,88	22.649,52	32.209,39	0,00	0.970,11	53.352,33	13.985,43	3.632.377,05	
114	SE100	Trasporto sanitario assistito	0,00	0,00	616.260,59	13.762,69	45.210,34	193.230,39	2.311,65	105.357,39	42.424,74	0,00	552,95	3.445,34	791,45	1.122.413,79	
115	SF100	Attività trasfusione	382.111,53	10.494,68	314.360,01	339.697,53	217.214,04	1.532.376,28	4.218,57	57.561,15	11.034,94	0,00	3.022,29	82.252,24	6.975,24	2.618.774,72	
116	SG100	Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	0,00	0,00	34.111,08	120.500,96	35.215,13	31.617,66	81,11	591,53	1.372,19	0,00	226,86	1.251,59	329,80	228.821,14	
117	SH100	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	
118	99999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	12.327.090,46	337.227,67	67.112.821,74	10.930.694,48	15.373.852,83	42.365.090,59	195.463,88	2.896.394,45	2.488.541,45	0,00	403.503,02	2.180.354,43	578.356,82	157.186.581,52	
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
120	49999	TOTALE GENERALE	41.424.862,27	747.476,30	153.037.621,01	15.636.507,01	30.161.871,25	76.375.871,52	336.513,31	5.381.746,21	5.966.911,44	0,00	806.805,59	852.159,30	4.734.171,80	1.270.537,41	346.821.600,82

Figura 14: Esempio Allegato 3.a

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following structure:

- Header:** ALLEGATO 1 AL MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA
- Columns:** REGIONE (120), CODICE ENTE (120XXX), CONSUNTIVO ANNO (2019).
- Rows:**
  - 100 ASSISTENZA OSPEDALIERA
  - 101 3A100 Attività di Pronto soccorso
  - 102 3A111 Attività diretta di PS e OS per accessi sequenziati da ricovero
  - 103 3A112 Attività diretta di PS e OS per accessi sequenziati da ricovero
  - 104 3A120 Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero
  - 105 3B100 Assistenza ospedaliera per acuti
  - 106 3B110 Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Hospital
  - 107 3B120 Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Surgery
  - 108 3B130 Assistenza ospedaliera per acuti - In degenza ordinaria
  - 109 3B140 Assistenza ospedaliera per acuti - Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa
  - 110 3B150 Assistenza ospedaliera per acuti - Dispositivi ed alto costo rimborsati extra-tariffa
  - 111 3C100 Assistenza ospedaliera per longodegenti
  - 112 3C110 Assistenza ospedaliera per riabilitazione
  - 113 3C120 Trasporto sanitario assistito
  - 114 3F100 ATTIVITÀ TRASFUSIONALE
  - 115 3G100 ATTIVITÀ A SUPPORTO DEI TRAPIANTI DI CELLULE, ORGANI E TESSUTI
  - 116 3H100 ATTIVITÀ A SUPPORTO DELLA DONAZIONE DI CELLULE RIPRODUTTIVE
  - 117 39999 TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA
  - 118 48888 TOTALE COSTI PER ATTIVITÀ DI RICERCA
  - 119 49999 TOTALE GENERALE

Figura 15: Esempio Quadratura Costi LA

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following structure:

- Header:** MODELLO LA
- Columns:** CONSUMI SANITARI, CONSUMI NON SANITARI, PRESTAZIONI SANITARIE, SERVIZI SANITARI, SERVIZI NON SANITARI, PERSONALE (FUCIO SANITARIO, FUCIO PROFESSIONALE, FUCIO TECNICO, FUCIO AMMINISTRATIVO), AMMO.
- Rows:**
  - BA0200 41.424.862,27
  - BA2970 1.067.390,40
  - BA0410 774.195,80
  - BA1840 1.117.533,51
  - BA1850 165.710,86
  - EA0210 282.239,12
  - EA0490 25.083.103,53
  - EA0780 15.430.860,79
  - EA0420 35.541,11
  - EA0520 35.541,11
  - BA0640 6.198.263,31
  - BA0700 4.534.610,76
  - BA0730 3.949.702,10
  - BA0800 49.855.277,20
  - BA0900 2.538.407,05
  - BA0960 12.901.131,16
  - BA1050 885.659,32
  - BA1090 3.540.316,47
  - BA1140 8.710.703,06
  - EA0350 28.210,05
  - BA1540 28.210,05
  - BA1541 28.210,05
  - BA1542 28.210,05
  - BA2750 177.198,91



Per quanto concerne l’allocazione del dato quantitativo all’interno dei livelli e sub-livelli di assistenza, le Linee Guida del Modello LA<sup>9</sup> 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 20 è presente una rappresentazione del possibile dato quantitativo attribuibile al livello di “Assistenza Integrativa e Protesica”.

Figura 18: Esempio Modello e Regole LA

## 7.2 MODELLO CP: PRINCIPI GENERALI E FASI

Con il rilascio dell’ultima versione del Modello CP, 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 costi e ricavi.

Il Mod. CP si compone di 4 macro aggregati:

- 1) Centri di Presidio;
- 2) Centro di Territorio;
- 3) Centri di Servizi Amministrativi e Centrali Aziendali;
- 4) Costi e ricavi non ripartiti,

sui quali allocare costi e ricavi attraverso le seguenti fasi:

<sup>9</sup> Linee Guida Modello LA 2020, Par. 3 – Righe Livelli e Sub Livelli.

- a) FASE 1: attribuzione ai macro aggregati di costi e ricavi, garantendo all'interno la quadratura per i conti di CE Min;
- b) FASE 2: attribuzione al presidio unico e al territorio di quote di costi dei Centri di costi relativi ai Centri di Servizi amministrativi e centrali aziendali;
- c) FASE 3: articolazione del costo di Presidio complessivo per livelli essenziali di assistenza (Mod. LA);
- d) FASE 4: articolazione di dettaglio del costo di Presidio sui sotto-livelli assistenziali (Mod. LA).

Figura 19: Esempio Modello CP

Codice Sottosezione	Codice Voce CP	Codice Voce CE	Descrizione Voce CP	FASE 1: Attribuzione Costi e Ricavi Diretti ai Centri di Costo/Ricavo Aziendali										Totale Azienda (in quadratura CE)	Tg Di Pre
				Centri di Presidio:					Costi di Territorio	Centri di Servizi Amministrativi e Centrali Aziendali	Costi e Ricavi non ripartiti	Totale Azienda (in quadratura CE)			
				Strutture HSP	Strutture STS	di Supporto Sanitario	di Servizi Alberghieri	Generali di Presidio					Totale Costi e Ricavi Diretti di Presidio		
A	B	C	D	E	F=A+B+C+D+E	G	H	I	J=I+G+H						
SEZIONE I - FINANZIAMENTO DA REGIONE															
R01010	Ricavo Figurativo		Ricavi Prestazioni Ricovero Residenti ASL												
R01020	AA0350+AA0450+AA0620		Ricavi Prestazioni Ricovero Non Residenti												
R0110T			Totale PRESTAZIONI RICOVERO												
R02010	Ricavo Figurativo		Ricavi Prestazioni Ambulatoriale Residenti ASL												
R02020	AA0360+AA0470+AA0950+AA0960+AA0970		Ricavi Prestazioni Ambulatoriale Non Residenti												
R02030	Ricavo Figurativo		Ricavi Cessioni Emocomponenti Residenti ASL												
R02040	AA0550+AA0424		Ricavi Cessioni Emocomponenti Non Residenti												
R0210T			Totale PRESTAZIONI AMBULATORIALE												
R03010	Ricavo Figurativo		Ricavi Prestazioni PS Residenti ASL												
R03020	AA0370+AA0471		Ricavi PS Non Residenti												
R03030	AA0631		mobilità attiva extraregione da privati - prestazioni PS SSN non seguite da ricovero												
R0310T			Totale PRONTO SOCCORSO (Prestazioni non seguite da ricovero)												
R04010	Ricavo Figurativo		Ricavi Prestazioni File F Residenti ASL												
R04020	AA0380+AA0450		Ricavi Prestazioni File F Non Residenti												
R04030	AA0640		mobilità attiva extraregione da privati - prest di file F												
R0410T			Totale DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI												
R05010	Ricavo Figurativo		Ricavi Prest. Trasporto Sanitario Residenti ASL												
R05020	Ricavo Figurativo		Ricavi Altre Prestazioni Sanitarie Residenti ASL												
R05030	AA0420+AA0530		Ricavi Prest Trasporto Sanitario Non Residenti												

La compilazione del Conto di Presidio presuppone una duplice attività in capo alla UOS Contabilità Analitica:

- transcodifica dei Centri di Costo aziendali all'interno dei 4 macro aggregati del CP;
- quadratura al 100% tra Co.An e Co.Ge.

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. ALLEGATI

- All.to 1: Piano Aziendale dei Fattori Produttivi 2023;
- All.to 2: Linee guida regionali - Piano dei Centri di Rilevazione 2021;
- All.to 3: Linee guida regionali per l'implementazione Template dei Fattori Produttivi 2021;
- All.to 4: Metodologia regionale per l'implementazione dei Fattori Produttivi 2021.