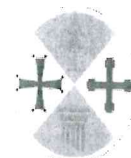




Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGOLAMENTO

CONTABILITA' ANALITICA

Allegato alla delibera n°

versione n° 1 anno 2017

CONTABILITA ' ANALITICA
Azienda Ospedaliera di Cosenza

PREMESSA

La normativa di riordino del SSN, a partire dal Decreto L. vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, nell'attribuire "personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica" alle Aziende Sanitarie ha introdotto l'obbligo di istituire la contabilità analitica per centri di costo al fine di consentire "analisi comparative di costi, rendimenti e risultati".

Il sistema di contabilità analitica ha pertanto come finalità specifica la produzione di informazioni sui costi e ricavi dell'organizzazione, che rappresentano strumento di supporto alle decisioni direzionali sia con finalità di controllo che come base per scelte di programmazione.

La CO.AN. è pertanto funzionale al processo di budget aziendale (definizione degli obiettivi economici e funzionali di attività, loro verifica e valutazione) e al sistema di reporting, intesi come strumenti gestionali per la valutazione dell'andamento dell'Azienda.

Gli elementi che determinano la struttura del sistema di contabilità analitica sono essenzialmente rappresentati dai centri di costo e dai fattori produttivi, che devono essere pertanto strutturati in modo tale da consentire il collegamento con il sistema di responsabilizzazione sull'uso delle risorse.

SITUAZIONE ATTUALE

Il piano dei centri di costo dell'Azienda Ospedaliera, è stato predisposto e definito sulla base dell' Atto Aziendale adottato con deliberazione n° 93 del 2017 e s.m.e i.

I centri di costo sono di fatto i primi oggetti di attribuzione dei costi dei

vari fattori produttivi, rappresentando l'unità minima di rilevazione cui si fa riferimento per la raccolta e l'aggregazione delle informazioni di costo e di ricavo.

La loro individuazione nell'ambito della struttura organizzativa dell'Azienda consente l'eventuale aggregazione delle informazioni contabili rilevate a livello di centro di responsabilità, intesa come unità organizzativa che, sotto la guida di un responsabile governa risorse definite per ottenere risultati in termini di livelli di attività e di efficienza. In questo contesto, il sistema di contabilità per centri di costo è strettamente connesso e funzionale al sistema di budget.

Il piano dei CDC viene monitorato e aggiornato a seguito di modifiche organizzative dell'azienda.

In linea generale, la struttura del piano del CDC si basa prevalentemente su logiche organizzative e strutturali e in alcuni casi anche di processo/prodotto, laddove si intersecano linee di attività.

I centri di costo sono allineati alla struttura della procedura regionale denominata "Linee guida CO.AN" approvata con DCA n° 1 del 07/01/2016 che, partendo dall'impianto organizzativo aziendale, individua le unità organizzative.

Il presente regolamento, viene integrato al fine di comprendere l'articolazione Aziendale, dai seguenti documenti:

- Piano dei Centri di Costo Aziendale, giusta deliberazione n° 70 del 06/03/2017 che contiene anche la codifica Regionale per l'aggregazione delle rilevazioni PIA_LA.
- Organizzazione dell'Azienda

L'attuale sistema informatico utilizzato per la gestione della COAN consente di effettuare controlli di primo livello all'atto dell'importazione dei

dati di che trattasi.

L'Azienda avrà a breve uno strumento di controllo e di verifica contabile che metterà in relazione tutte le voci di costo e ricavo .

Di conseguenza è possibile provvedere all'inserimento di fattori produttivi qualora venissero istituiti nuovi conti di bilancio.

IL SISTEMA DI CONTABILITA' ANALITICA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA

COSTO DEL PERSONALE

Il costo del personale è allocato nel relativo centro di costo dove l'unità presta il proprio lavoro.

Con le attuali procedure informatiche integrate (WHR – ERP) il personale del comparto, può essere utilizzato su più centri di costo attribuendone il costo su diverse strutture in base all'effettivo impiego lavorativo; si procede quindi alla determinazione delle % di ripartizione del tempo lavorato tra i vari centri di costo.

Tutti i dati sono ottenuti mediante una valutazione del responsabile del centro al quale viene richiesto la stima dell'impegno orario del dipendente nel centro di costo di sua pertinenza.

Per consentire una puntuale e corretta imputazione dei costi:

- l'utilizzo del personale, e gli eventuali spostamenti da un centro di costo all'altro devono essere prontamente comunicati dalla struttura interessata agli uffici preposti (U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE e all' U.O.S. FLUSSI INFORMATIVI E CONTABILITA' ANALITICA). La struttura interessata di origine appartenenza) dovrà verificare anche l'avvenuta variazione sul sistema.

- Le assunzioni e le cessazioni del rapporto di lavoro sono comunicate dal U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE all' U.O.S. FLUSSI INFORMATIVI E CONTABILITA' ANALITICA.

La modalità di quantificazione del costo di competenza del periodo avviene:

1. considerando il compenso liquidato nel periodo ad ogni dipendente al lordo delle ritenute fiscali e previdenziali,
2. non si considerano le somme erogate nell'anno per arretrati dovuti ad eventi straordinari,
3. si aggiungono gli oneri a carico dell'Azienda
4. si determina il rateo della tredicesima di competenza del periodo.

LA CONTABILITÀ DI MAGAZZINO

A ciascun centro di costo viene imputata una quota parte dei costi che sono stati sostenuti nel complesso dall'Azienda ai fini dell'acquisto di beni in rapporto al loro effettivo consumo.

La contabilità di magazzino è implementata tramite le seguenti fasi :

- registrazione dei movimenti di carico e di scarico allo scopo di un controllo sui beni e sul patrimonio dell'azienda ospedaliera,
- disponibilità dei dati necessari ai fini della determinazione e per la valorizzazione dei consumi di beni riferibili a tutti i centri di costo,
- verifica del livello delle scorte.

Le operazioni fondamentali relative alla contabilità di magazzino sono:

- l'individuazione di tutti i magazzini contabili,
- la classificazione degli articoli gestiti da questa contabilità in classi merceologiche omogenee e particolare codificazione,

- la registrazione dei movimenti di entrata in magazzino attraverso la rilevazione delle quantità dei beni singoli e dei relativi prezzi,
- la registrazione dei movimenti in uscita con carico simultaneo verso i centri utilizzatori, mediante imputazione del bene al centro di costo utilizzatore.
- la valorizzazione dei beni che sono stati imputati ai centri di costo utilizzatori e delle rimanenze di magazzino.

GRADI DI UTILIZZO DELLA CONTABILITA' ANALITICA

La contabilità analitica è quindi costituita dall'insieme delle determinazioni economico - quantitative che consentono di individuare il costo delle variabili aziendali di tipo interno e, per quanto riguarda espressamente l'azienda ospedaliera, si concentra sull'analisi dei costi imputati ai diversi centri di costo e/o di Responsabilità.

La contabilità analitica consente pertanto di sviluppare un sistema informativo di controllo interno in grado di consentire una pluralità di analisi e controlli da parte della Direzione aziendale per finalità diverse, come ad esempio:

- la scelta di convenienza economica in merito alle diverse modalità con cui le prestazioni sanitarie possono essere erogate;
- l'impatto che tali scelte comportano sulle condizioni di efficienza aziendale;
- la conoscenza sulla quantità di risorse assorbite dalle attività realizzate nell'azienda, in modo da poter anche realizzare delle comparazioni basate sul confronto del dato di costo riferito a diversi periodi di tempo o un dato di costo medio dell'azienda, ecc...

L'Azienda tende ad utilizzare, soprattutto per valutazioni in termini di



efficienza, sistemi intermedi che privilegiano il focus sull'effettiva possibilità di gestione e di controllo delle risorse assorbite (costi variabili in primis, ma anche alcuni costi fissi quali il personale e costi derivanti dall'utilizzo di servizi/prestazioni intermedie).

Quanto sopra nell'ottica di privilegiare strumenti di analisi i quali, oltre che maggiormente fruibili, consentano di valutare l'effettiva incidenza delle azioni ed i risultati in termini di economicità di chi è chiamato a svolgere ruoli di responsabilità nell'organizzazione aziendale.

In quest'ottica i sistemi di contabilità analitica diventano funzionali ad un ruolo del controllo di gestione non solo limitato all'analisi dei costi dei centri di responsabilità/settori aziendali, ma più orientato a supportare i processi di programmazione e controllo strategico; ciò presuppone:

- maggiore attenzione per un concetto complessivo di "qualità" e di gestione strategica;
- attenzione per i processi e le attività nella determinazione dei costi e nella pianificazione;
- attenzione per parametri ulteriori rispetto a quelli economico-finanziari;

In questo quadro si colloca il ruolo dell' U.O.S. FLUSSI INFORMATIVI E CONTABILITA' ANALITICA, con gli strumenti a disposizione tra cui prioritariamente i sistemi di contabilità analitica.

UTILIZZO CO.AN. A SUPPORTO PROCESSI GESTIONALI

Il sistema di contabilità analitica è basato sull'imputazione dei costi per centri di costo ed ha come obiettivi:

- supportare i processi decisionali dei diversi livelli di responsabilità aziendale
- la redazione di conti economici per centri di costo per centri di

responsabilità

- la predisposizione ed il monitoraggio di indicatori gestionali
- la determinazione dei costi per funzione, prestazione o attività
- rispondere in modo tempestivo e coerente al debito informativo verso la Regione

Sul sistema di contabilità analitica, al fine di garantirne la sua coerenza e correttezza viene operato:

1. CONTROLLO FORMALE: per verificare la corretta e coerente struttura del flusso dati rispetto ai piani dei conti e centri di costo aziendali;
2. CONTROLLO DI QUALITA': per garantire la congruità del dato di contabilità analitica con quanto consuntivato nella contabilità Generale e la quadratura CO.GE/CO.AN.
3. CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA
4. CONTROLLO QUADRATURA CO.GE/CO.AN.

Il sistema di contabilità analitica aziendale viene utilizzato per analisi e controlli sull'andamento della spesa farmaceutica (per la componente relativa al consumo "in produzione e somministrazione" ospedaliero ed al consumo "in distribuzione diretta") contribuendo alla predisposizione di strumenti per la valutazione della spesa farmaceutica complessiva.

Di seguito, sono descritti gli articoli che regolamentano l'attività della Contabilità Analitica, in particolare:

art 1

Il Centro di Costo (d'ora in avanti identificato come (CdC), viene classificato come un insieme di attività omogenee cui sia univocamente correlabile un consumo definito e misurabile di beni e risorse;

art. 2

Il processo attraverso il quale è stato definito il Piano dei centri di Costo (d'ora in poi definito con PCC) si basa sull'aggregazione dei costi di aree omogenee dal punto di vista della natura delle attività;

art.3

Il PCC non costituisce una mera riproposizione dell'organigramma aziendale, rispetto al quale può discostarsi anche in misura significativa, in quanto il criterio della omogeneità della natura prevale su quello della dipendenza gerarchico funzionale;

art. 4

Il CdC rappresenta un sottoinsieme di un centro di responsabilità caratterizzato dalla possibilità di una univoca attribuzione di funzioni, risorse e attività, nonché da una rilevanza economica ai fini delle strategie gestionali dell'Azienda;

art.5

L'aggregazione dei diversi Centri di Costo (CdC) secondo i relativi Centri di Responsabilità (CdR) avviene in una seconda fase, propedeutica sostanzialmente all'intero processo di budget, e che anche tale aggregazione, che si consolida nel cosiddetto Piano dei Centri di Responsabilità, avrà carattere mutevole in relazione a quanti e quali saranno ritenuti soggetti della

contrattazione / assegnazione del budget aziendale, nel rispetto delle relazioni periodiche previste nell'organizzazione Aziendale.

art.6

Il PCC aziendale, stante la finalità di costituire la struttura portante per l'analisi dei costi di gestione, è riferito alla effettiva realtà esistente, analizzata per altro nel suo divenire attraverso un aggiornamento dinamico che segue le modificazioni organizzative strutturali dell'operatività aziendale;

art.7

Il PCC rappresenta lo strumento indispensabile per le analisi dei costi / ricavi aziendali, sia sul versante della contabilità generale, sia su quello della gestione dei magazzini farmaceutici ed economici, sia su quello della produttività delle singole Unità Organizzative (Dipartimenti, PP.OO., UU.OO., etc.);

art. 8

La struttura competente alla gestione del PCC è l'U.O.C. **""Programmazione e Controllo di gestione e Sistemi Informativi Aziendali"**.

Con il termine *"gestione"* è da intendersi la stesura del PCC, la proposta di adozione e/o variazioni alla Direzione Generale, l'attuazione di ogni integrazione e modifica successive, il controllo di congruità del PCC con il Sistema Informatico Gestionale, la diffusione del PCC e delle sue relative integrazioni e modifiche;

art. 9

L'utilizzo del PCC è condizionato all'implementazione progressiva dei diversi

moduli costituenti il nuovo sistema informatico – gestionale Regionale denominato SECS SIRS.

L'U.O.C. "**Programmazione e Controllo di Gestione**" è tenuta a comunicare formalmente l'istituzione dei nuovi CdC alle UU.OO. competenti a diverso grado e livello nella gestione del CdC di nuova istituzione;

art. 10

Ad ogni atto deliberativo concernente qualsivoglia imputazione di spesa e con il massimo grado di precisione, è necessario indicare il/i CdC al quale imputare la spesa in questione. Non potranno, pertanto, essere adottati dispositivi privi dei necessari riferimenti;

art. 11

I Magazzini Farmaceutici Economali e Manutenzione provvedono alla consegna dei beni alle UU.OO. solo dopo aver registrato sul gestionale in uso lo scarico degli stessi, indicando il CdC e provvedendo ed archiviare la copia della prescrizione/richiesta del dipendente e della stampa dello scarico effettuata sul gestionale, sottoscritta dall'addetto del reparto richiedente che ritira il bene.

In particolare:

1) COSTO DEI CONSUMI DI BENI SANITARI

Sono rappresentati dai prelievi da magazzino farmaceutico effettuati dal centro di costo.

Può accadere che il materiale sanitario arrivi direttamente al centro di costo, senza transitare dal magazzino farmaceutico.

In questo caso per rendere possibile la quadratura tra i consumi della COAN e gli acquisti e le variazioni delle rimanenze della COGE si procede ad effettuare il carico e scarico contestuale da magazzino entro 48 ore dalla ricezione/consumo del bene, (materiale in transito, acquisti con la cassa economale, ecc.). Il bene deve sempre e comunque transitare dal magazzino, anche se in modo virtuale.

I maggiori fattori produttivi rientranti:
✓ Prodotti Farmaceutici
✓ Emoderivati
✓ prodotti dietetici
✓ materiali diagnostici per laboratorio di analisi
✓ materiali diagnostici, lastre Rx, mezzi contrasto Rx, carta
✓ presidi chirurgici
✓ materiale sanitario
✓ materiali protesici
✓ materiale per emodialisi
✓ prodotti farmaceutici per uso veterinario
✓ materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario
✓ ossigeno liquido e gassoso

2) COSTO DEI CONSUMI DI BENI NON SANITARI

Può accadere anche qui, che il materiale non sanitario arrivi direttamente al centro di costo, senza transitare dal magazzino economale.

Anche in questo caso per rendere possibile la quadratura dei costi imputati, e la valorizzazione delle rimanenze, con la CO.GE, si procede ad effettuare il carico e scarico contestualmente da magazzino entro 48 ore dalla ricezione/consumo del bene, (materiale in transito, acquisti con la cassa economale, ecc.). Transito del bene obbligatorio attraverso il magazzino.

I maggiori fattori produttivi rientranti	
✓	Prodotti per manutenzione impianti Elettrici
✓	Prodotti per manutenzione impianti Idraulici
✓	Vernici
✓	Materiali Edili
✓	Ferramenta
✓	Materiali per manutenzione degli Infissi

art.12

All'atto dell'implementazione del nuovo sistema informatico - gestionale unico **ogni atto deliberativo concernente qualsivoglia imputazione di spesa** dovrà specificare correttamente, e con il massimo grado di precisione, il relativo CdC al quale imputare la spesa in questione. Non potranno, pertanto, essere adottati dispositivi privi del necessario riferimento al Centro di Costo;

art. 13

L'UOC Gestione Risorse Umane, nell'ambito delle procedure informatiche utilizzate, è tenuta ad adottare la codifica per CdC per ogni dipendente coerentemente con l'Unità Operativa nell'ambito della quale lo stesso è assegnato. Allo stesso modo curerà la variazione del CdC del singolo dipendente in presenza di eventuali trasferimenti interni. In caso di personale che operi congiuntamente su più centri di costo, questi saranno utilizzati in proporzione percentuale in base al servizio effettuato dal dipendente nelle diverse unità operative.

In particolare, il personale che opera per più centri, nello sviluppo della contabilità analitica, il costo, dovrà essere imputato a ciascun centro in relazione alle ore prestate.

I maggiori fattori produttivi rientranti:	
✓	prodotti alimentari
✓	materiali di guardaroba e vestiario
✓	materiali di pulizia
✓	supporti informatici
✓	Cancelleria
✓	Stampati
✓	Materiale per la manutenzione di immobili e loro pertinenze
✓	Materiale per la manutenzione di mobili e macchine
✓	Materiale per la manutenzione di attrezzature tecnico
✓	Materiale per la manutenzione di automezzi
✓	spese per libri, riviste e pubblicazioni
✓	rinnovo ordinario di minute attrezzature
✓	altri beni non sanitari
✓	supporti meccanografici

3) COSTO DEI CONSUMI DI BENI PER LA MANUTENZIONE

Può accadere anche qui , che il materiale per la manutenzione arrivi direttamente al centro di costo, senza transitare dal magazzino.

Anche in questo caso per rendere possibile la quadratura dei costi imputati, e la sua valorizzazione delle rimanenze, con la CO.GE si procede ad effettuare il carico e scarico contestualmente da magazzino entro 48 ore dalla ricezione/consumo del bene, (materiale in transito, acquisti con la cassa economale, ecc.). Gli interventi di manutenzione devono essere preceduti da un ordine virtuale.

Sono rappresentati dai prelievi dal magazzino manutenzione effettuati a seguito di manutenzione presso il centro di costo .

In tale caso occorre procedere con le seguenti modalità:

- a) rilevare il costo nel centro di assegnazione;
- b) rilevare il tempo dedicato alle varie attività per ogni qualifica professionale;
- c) valorizzare il tempo in base al costo medio orario del personale di tale qualifica calcolato rispetto al tempo effettivo di lavoro (media ore lavorate, ovvero al netto delle assenze retribuite per qualsivoglia motivo, ulteriormente ridotte di una percentuale (da definire a livello regionale o locale), per tenere conto del tempo dedicato ad attività generali di coordinamento).

Unità operativa pediatria	n° pers.	ore totali		articolazione ore				
		timbrate	nette	consult.	poliamb. territ.	poliamb. osped.	PS	reparto
Personale medico								
Personale infermieristico								
		costo totale		articolazione costo				
Personale medico								
Personale infermieristico								

La differenza tra le ore timbrate e quelle nette è data dalle ore per aggiornamento, partecipazione ad attività di direzione/coordinamento a livello di struttura, dipartimento, azienda ecc.

Nel CE costo del personale, è rilevato con la codifica BA2080.

L'imputazione del costo, avviene in base alla attribuzione del personale ai centri di rilevazione.

Nelle codifiche BA2860, BA2870 e BA2880 si rilevano gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali. Con le codifiche EA0370 e EA0500, si rilevano

sopravvenienze e insussistenze relative al personale; con la codifica YA0020, si imputa il costo dell'IRAP relativa a personale dipendente.

art. 14

Le eventuali modifiche integrative al PCC vanno proposte e motivate all'U.O.S. "**FLUSSI INFORMATIVI E CONTABILITA' ANALITICA**" che è tenuta a verificarne la congruità con le finalità aziendali e, ove la valutazione sia positiva, aggiornare conseguentemente il PCC con specifico provvedimento deliberativo.

art. 15

La classificazione dei centri costo possono a loro volta essere classificati nelle seguenti tipologie:

- centri finali: racchiudono in misura prevalente l'attività finale diretta all'utente. Nell'Azienda Ospedaliera, tali centri sono rappresentati da quelli relativi alle specialità con attività di degenza, che svolgono essenzialmente attività "finale" di ricovero e ambulatoriale, e, in misura limitata, attività "intermedia" a favore di ricoverati di pertinenza di altre specialità (consulenze e diagnostica strumentale a ricoverati in altri reparti);
- centri intermedi: sono centri di costo caratterizzati da assenza di posti letto o diversamente con un numero di posti letto da utilizzare per particolari e brevi accertamenti/trattamenti. Svolgono sia attività finale (ambulatoriale) che attività intermedie a favore di centri finali (ovvero prestazioni di diagnostica strumentale a ricoverati di altre specialità);
- centri di supporto sanitario e non sanitario: forniscono attività di supporto per la produzione dei servizi finali, sanitarie (farmacia ospedaliera ecc.) e non (manutenzione degli immobili e delle tecnologie

ecc.);

- centri comuni: raccolgono costi relativi aggregati a più centri finali.
- centri generali: sono i centri che raccolgono costi generali aziendali.

art. 16

Con la deliberazione n° 79 del 2017 è stata adottata la mappa dei C.d.R. e dei C.d.C. nella quale vengono identificati tutti i centri con una codifica predeterminata.

Nella prima colonna, il numero riportato, riguarda la codifica attribuita a livello aziendale che identifica i Dipartimenti, le U.O.C. e le U.O.S.D.

Nella seconda colonna, nel rispetto delle Linee guida Regionali, il primo numero rappresenta la classificazione relativa all' area Ospedaliera (codice 3). Il predetto codice (3), è accompagnato da una lettera che sta ad identificare le diverse strutture per come vengono articolati gli ospedali, in particolare:

- 3a - centri con attività di ricovero;
- 3b - centri intermedi;
- 3c - ambulatori;
- 3d - pronto soccorso;
- 3e - centri di supporto sanitario;
- 3f - centri di supporto non sanitari.



Nella terza colonna, vengono identificate le tipologie delle Strutture e se esse sono, Complesse, o Semplici Dipartimentali ecc....

La quarta colonna, riporta la descrizione delle UU.OO.

La quinta colonna, riporta infine il codice attribuito a livello Ministeriale.

art. 17

L'Azienda, nell'adottare il rispettivo piano dei centri di costo ha:

- previsto la rilevazione dei costi a livello di singolo S.O.;
- previsto la rilevazione dei costi per singola struttura e di singolo Centro di Costo;
- articolato i centri di rilevazione in base alla propria organizzazione aziendale, garantendo comunque l'aggregazione dei centri aziendali in base al piano regionale;
- adottato la codifica idonea alla propria organizzazione, prevedendo una tabella di raccordo con la codifica regionale.

art. 18

Il piano prevede la distinta rilevazione dei costi per singolo S.O. (in coerenza con il modello CP) e consente di leggere i costi in due dimensioni:

- i singoli sub-livelli assistenziali di tutti i SS.OO., aggregati come previsto dal modello LA;
- i costi complessivi dei singoli SS.OO., aggregando tutti i costi dei singoli sub-livelli assistenziali ospedalieri e i costi rilevati separatamente per altri sub-

livelli assistenziali (screening e ambulatoriale). In questa dimensione i singoli ospedali costituiscono centro di responsabilità di secondo livello.

La gestione diretta dell'assistenza ospedaliera viene rilevata con riferimento ai singoli SS.OO, articolati nelle seguenti macro articolazioni:

- centri con attività di ricovero: la struttura complessa corrispondente al centro di responsabilità è espressa con codifica Ministeriale;
- centri intermedi;
- ambulatorio centralizzato;
- ambulatori presso i centri 3a e 3b: tre centri per raccogliere i costi rilevati nei rispettivi centri;
- pronto soccorso;
- centri di supporto sanitari;
- centri di supporto non sanitari.

art. 19

Sono definiti centri con attività di ricovero, le strutture complesse (centri di responsabilità) che svolgono prioritariamente e prevalentemente attività ospedaliera degenziale e che sono dotate di posti letto ai sensi dell'ex art. 15 del d.I. 95/2012 convertito con la I. 135/2012.

Le unità operative autonome che non svolgono attività di degenza ma solo attività di consulenza a favore dei centri di degenza sono state individuate come centri intermedi.

art. 20

L'U.O.C. "Terapia intensiva" (anestesia e rianimazione) è stato seppur riconducibile ad un unico centro di costo, sdoppiato in sub centri come la rianimazione e l'anestesia in modo da rilevare separatamente i costi diretti del reparto: personale addetto a tempo pieno, consumi di farmaci ecc...

La struttura complessa di Terapia Intensiva, è stata separata, dunque, in anestesia e rianimazione per poter evidenziare, le seguenti attività:

- di degenza (terapia intensiva e sub intensiva, codice 49): codice 3b.5 da ribaltare sul reparto di degenza (3a.X);
- di anestesia eseguita in sala operatoria, codice 3b.1, da imputare al centro di supporto sanitario "anestesia e blocco operatorio" (3e) assieme ai costi diretti di tale centro (personale non medico addetto a tempo pieno a tale centro), da ribaltare a sua volta ai centri che utilizzano le sale operatorie;
- di anestesia svolta al di fuori della sala operatoria, ad esempio nelle prestazioni di gastroenterologia: codice 3b.1 da ribaltare sul centro che richiede l'assistenza anestesiologicala (3a o 3b);
- di visite pre intervento (3.a o 3.b);
- ambulatoriale (terapia antalgica): 3b.2.

Per quanto concerne ***l'U.O.S.D Anestesia area materno infantile***, i costi del Personale afferenti, sono da ribaltare ai centri dove è prevista l'attività anestesiologicala della suddetta Unità Operativa (3a o 3b). Il costo di cui sopra non ribaltato sulle UU.OO., diventerà costo diretto della U.O. di che trattasi.

art. 21

I costi dei centri con attività di ricovero sono stati articolati sulla base delle attività svolte ossia:

- 3a .X .1- degenza ordinaria;
- 3a .X.2 - degenza diurna;
- 3a .X.3 - attività ambulatoriale;
- 3a.X.5 - attività a favore del PS;
- 3a .X.6 - consulenze a favore di altri centri di degenza .

La somma dei costi dei centri 3a .X.1-2 relativi alle discipline di acuzie (dopo il completamento dei ribaltamenti) viene allocata nei codici LA 30201-2.

La somma dei costi dei centri 3a.X.1-2 relativi alle discipline della riabilitazione (codici 28, 56 e 75) viene allocata nel codice LA 30500 .

La somma dei costi del centro 3a.X.1 relativo alla lungodegenza (codice 60) viene allocata nel codice LA 30400.

art. 22

I centri intermedi rilevati sono:

- le strutture complesse (centri di responsabilità) che svolgono sia attività a favore dei centri di degenza, ovvero prestazioni intermedie, sia attività finali ambulatoriali e che sono classificate senza dotazione di posti letto nella proposta di regolamento relativo agli standard ospedalieri ex art. 15 del d.gls 95/2012 convertito con la L. 135/2012. Pertanto vengono compresi in questo ambito anche le strutture dotate di posti letto per il ricovero di soggetti che non possono tornare al domicilio perché trattati con sostanze radioattive a lento smaltimento;
- le strutture comprese nelle discipline elencate nei centri con attività di degenza (centri 3a), nel caso della loro attivazione senza dotazione di letti, per attività ambulatoriale e di consulenza per i reparti di degenza.

I centri intermedi presentano la caratteristica di ripartire i costi tra i vari livelli e sub livelli assistenziali in base al tempo di utilizzo del personale in quella funzione e, solo se ciò fosse motivatamente impossibile, in base alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate che da sola tenderebbe a mascherare le inefficienze.

I centri di cui sopra, vengono codificati, secondo le attività svolte, ossia:

- 3b.X.1 - attività a favore di degenti;
- 3b.X.2 - attività ambulatoriale;
- 3b.X.3 – screening;
- 3b.X.4 - attività a favore del PS;

Relativamente ai centri di medicina nucleare e di radioterapia dotati di posti letto ordinari e diurni si scorporano quindi i costi relativi alla degenza:

- 3b.X .5 - degenza ordinaria propria;
- 3b.X.6 - degenza diurna propria;

Il costo totale dei servizi intermedi è dato dalla somma delle seguenti componenti:

- costi diretti, ovvero costi imputati direttamente ai centri intermedi;
- ribaltamento dei costi dei centri di supporto sanitari e non sanitari (centri 3e e 3f) in base all'incidenza del costo della macro-articolazione rispetto al totale del presidio ospedaliero;
- ribaltamento dei costi generali aziendali (centri 4). Per quanto concerne quest'ultimo, lo stesso può avvenire in base all'incidenza del costo del personale.

Il ribaltamento dei costi dei servizi intermedi avviene utilizzando la valorizzazione tariffaria di tutta le prestazioni erogate, articolata nei centri interessati (ovvero nei livelli assistenziali interessati).

Il centro 3b.X.2 comprende anche le prestazioni a favore di altri enti, pubblici e privati, non rilevate nel file C ma che devono essere valorizzate ai fini della compensazione tra Enti.

art. 23

L'ambulatorio (3c.1) viene rilevato in modo centralizzato

- centralizzazione, mediante una specifica organizzazione dedicata (con proprio personale sanitario non medico), che raccoglie specialisti delle varie strutture presenti in ospedale;

Comprende:

- i costi diretti del centro, materiale di consumo ecc.;

I costi devono essere articolati nei centri previsti nell'ambito dell'assistenza Ospedaliera:

- 3c.1.1 - attività clinica;
- 3c.1.2 - attività di diagnostica strumentale e per immagini.

art. 24

L'attuale modello LA prevede per il pronto soccorso uno specifico sub-livello assistenziale {30100} .

E' stato previsto che "le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero (inappropriate) vengono scorporate ed i costi attribuiti al livello di assistenza specialistica e ripartite tra i tre sottolivelli dell'assistenza specialistica (attività clinica, attività di laboratorio, attività di diagnostica strumentale e per immagini) a seconda della tipologia di prestazione inappropriata resa".

Nel modello LA vengono rilevati distintamente i costi del PS rispettivamente in due codici:

- il 30101, attività di pronto soccorso non seguita da ricovero;
- il 30102, attività di pronto soccorso seguita da ricovero.

Per tanto al fine di attribuire successivamente i costi ai seguenti sub-livelli si rileva con:

- il 30101 quello relativo al sub-livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale (codice 20600 e successivamente codice 20610};
- il 30102 quello relativo al sub-livello dell'assistenza ospedaliera, ricoveri ordinari {codice 30200}.

Sono stati distinti a sua volta i costi diretti del PS dai costi delle prestazioni di diagnostica e delle consulenze erogate dai centri 3a (3a .X .5} e 3b (3b.X.4}

Il piano dei centri di costo ha previsto per il pronto soccorso la rilevazione della:

- 3d.1, attività diretta;

- 3d.2, attività di diagnostica e visite consulenze a utenti ricoverati;
- 3d.3, attività di diagnostica e visite consulenza a utenti non ricoverati.

Mentre per ciò che concerne il costo del centro 3d.1, esso sarà dato dalla somma delle seguenti componenti:

- costi diretti, ovvero costi imputati direttamente al centro: personale addetto a tempo pieno (per il triage, le visite di PS, l'eventuale OBI}, consumo di farmaci materiale sanitario ecc.;
- ribaltamento dei costi comuni del presidio ospedaliero, come rilevati nei centri 3e e 3f;
- ribaltamento dei costi generali aziendali, imputati nel centro 12.5.

I costi del reparto di medicina e Chirurgia d'Accettazione e Emergenza (codice NSIS 51) sono rilevati nell'apposito centro 3a.

I centri 3d.2 e 3d.3 registrano i costi ribaltati dai centri 3a (3a.X.5) e 3b (3b.X.4).

Nel modello LA verranno rilevati i costi del PS :

1. accessi seguiti da ricovero;
2. accessi non seguiti da ricovero;

In particolare, i costi degli accessi non seguiti da ricovero sono articolati in coerenza con le prestazioni ambulatoriali, rispetto:

- l'attività clinica;
- l'attività di laboratorio;
- l'attività di diagnostica strumentale e per immagini.

art. 25

I centri di costo identificati come **CENTRI DI SUPPORTO SANITARIO** seguono il criterio di ribaltamento seguente:

- Anestesia e blocco operatorio: per ore di sala operatoria utilizzata da ogni Centro di Costo finale chirurgico;
- Direzione sanitaria: in funzione del numero di ore di attività erogate per servizi finali e, per la parte restante, in funzione dei costi diretti rilevati inserendo in detti costi anche i costi generali della Direzione Sanitaria stessa:
- Farmacia ospedaliera: consumo di farmaci e costi di funzionamento farmacia;
- Fisica sanitaria : prestazioni radio diagnostiche richieste ed erogate;
- Servizio necroscopico: n. decessi per reparto di provenienza del paziente;
- Centrale sterilizzazione : ore di sala;
- Trasporto sanitario: costo dei trasporti in relazione alle prestazioni (se interne alla struttura) e alle ore di attività ed ai chilometri se riferite a trasporti esterni;

I centri di costo, identificati come **CENTRI DI SUPPORTO NON SANITARIO** codificati con 3f, comprendono le seguenti attività:

Tali centri seguono il criterio di ribaltamento legato ad indicatore di complessità dei centri finali / intermedi:

- Accettazione, CUP e cassa: il valore delle prestazioni ambulatoriali da imputare ai centri di costo che effettuano la prestazione;
- Telefonia e Centralino: costo/n° di utenze per UU.OO.;
- Centrali tecniche (ossigeno, termica, elettrica) : mq
- Cucina e mensa: n. pasti erogati (mensa degenti), n. personale dipendente (mensa dipendenti)

- Guardaroba e lavanderia: gg degenza (lavanderia piana) n. personale sanitario (lavanderia divise)
- Magazzini economici e tecnici: scarichi per movimenti per centri di costo finali;
- Manutenzioni edili, impianti: mq
- Manutenzione attrezzature sanitarie : in proporzione al numero di prestazioni e/o all'impiego di quella attrezzatura in funzione del CdC intermedio o finale
- Pulizie: mq
- Raccolta rifiuti: gg degenza
- Vigilanza, guardiania e portineria: n. utenti

art. 26

I costi generali inclusa la Direzione Generale, comprendono le seguenti funzioni/attività:

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	
UOC	AFFARI GENERALI, LEGALI E ASSICURATIVI
UOC	GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE
UOS	SERVIZI AMMINISTRATIVI P.U.
UOC	GESTIONE PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA
UOC	GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE
UOC	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATICI
UOC	GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
UOC	INGEGNERIA CLINICA

DIREZIONE GENERALE	
UOC	PROTEZIONE E PREVENZIONE AMBIENTALE
UOS	SERVIZIO INFERMIERISTICO, TECNICO, RIABILITATIVO, OSTETRICO E SOCIALE
UOSD	CONVENZIONI – ALPI – E MONITORAGGIO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
	SALA PRELIEVI
UOSD	GESTIONE DI RISCHIO CLINICO, EDILIZIA IMPIANTISTICA OSPEDALIERA
UOSD	MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO
UOSD	ACCREDITAMENTO, QUALITÀ E FORMAZIONE
AOCS, AMMINISTRAZIONE E ATTIVITA' DI SUPPORTO	
	STABILIMENTO OSPEDALIERO DELL' ANNUNZIATA
	STABILIMENTO OSPEDALIERO DEL MARIANO SANTO
	STABILIMENTO OSPEDALIERO DEL SANTA BARBARA DI ROGLIANO

Il criterio di ribaltamento dei costi Generali, avviene in % rispetto ai costi generati dalle UU.OO ossia su i centri di costo finali ed Intermedi.

art. 27

I costi relativi alle attività di supporto che comprendono tutti quegli eventuali costi relativi di cui non è stato possibile una attribuzione ai centri.

I costi sono rilevati nel centro 12.5 costi generali Azienda Ospedaliera.

art. 28

La Contabilità Analitica, prevede la rilevazione dei costi dei fattori produttivi in base alla macrovoci del modello LA con alcune articolazioni necessarie per le analisi a livello regionale e cioè:

- ° Costi e manutenzioni di esercizio
 - sanitari
 - non sanitari;
- ° Costi per l'acquisto di servizi:
 - Prestazioni sanitarie
 - Servizi sanitari per l'erogazione di prestazioni;
 - Servizi non sanitari
- ° Costo del personale distinto per ruoli;
- °Altri costi:
 - ammortamenti,
 - sopravvenienze/insustistenze,
 - oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze,
 - altri costi.

I dettagli previsti riguardano i consumi sanitari e le prestazioni sanitarie: in considerazione della rilevanza della spesa farmaceutica si scorporano dalla macrovoce economica "consumi sanitari" quelli farmaceutici, anche al fine del raccordo dei dati di bilancio con quelli desumibili dal file F;

art. 29

La macrovoce economica "consumi sanitari", corrispondente ai conti CE BA0020 e BA2670, è articolata in due parti:

- consumi farmaceutici, corrispondente al conto CE BA0030 e a quota parte del conto BA2670;
- altri consumi sanitari;

I consumi sanitari devono essere imputati ai centri di rilevazione in base agli scarichi di magazzino.

Nel caso di non quadratura tra gli scarichi di magazzino e il totale dei consumi rilevato in contabilità generale (prodotti scaduti ecc.), la differenza deve essere attribuita proporzionalmente ai centri utilizzatori in base ai rispettivi consumi fermo restando l'esplicitazione di quanto sopra {in particolare per il materiale scaduto) in apposite relazione di accompagnamento all'inventario che rimane di responsabilità dei gestori del magazzino.

art. 30

I consumi non sanitari sono imputati ai centri di rilevazione in base agli scarichi di magazzino.

L'imputazione può essere effettuata direttamente al centro finale di erogazione della prestazione o, nel caso in cui ciò non sia possibile, ai centri di rilevazione comuni delle macroaree :

- centro 1.10, supporto non sanitario dell'assistenza collettiva;
- centro 2a.12, costi comuni cure primarie;
- centro 2f.2, supporto non sanitario del distretto;
- centro 3f, centri supporto non sanitari;
- centro 4.1, direzione aziendale e amministrative;
- centro 4.3, attività di supporto generali (ad esempio, per gli scarichi di materiale per la manutenzione non imputabili direttamente a specifici centri di rilevazione).

art. 31

La macrovoce prestazioni sanitarie, è articolata in due parti:

- prestazioni finali;
- prestazioni intermedie

Per le prestazioni specialistiche acquistate da terzi per i propri ricoverati:

Prestazione intermedia

- 3a, centri con attività di ricovero

In particolare, nel centro 3a, c'è l'assistenza ospedaliera (BA0800) degenziale, per i trasporti tra ospedali e da ospedale a RSA.

Prestazioni finali

- centro 3g, assistenza ospedaliera da terzi soggetti erogatori

art. 32

Vengono riportati inoltre nelle seguenti codifiche:

- BA1280: rimborsi, assegni e contributi sanitari

Per i rimborsi, assegni e contributi non attribuibili a specifici centri (ma anche per i contributi legge 210/92, che costituiscono sostanzialmente sopravvenienze passive), al centro 4.2, altri costi generali.

- BA1350: consulenze, collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie Imputazione al centro dove viene prestata la prestazione.
- BA1490: altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria Imputazione al centro finale che utilizza il servizio.

- BA1880: formazione (esternalizzata e non) Imputazione al centro 4.2, altri costi generali.

art. 33

- BA1560: acquisto di servizi non sanitari, al netto di BA1880, formazione BA1910: manutenzione ordinaria esternalizzata
- BA1990: godimento di beni di terzi

Imputazione ai centri 1.10, 2f.2, 3f e 4.1 in base ai dati rilevabili dall'impegno/ordine/fattura, per il successivo ribaltamento sui centri dell'area in base ad un indicatore di consumo.

- BA2560, ammortamenti

Relativamente ai beni mobili, in presenza di una corretta gestione Inventariale, con la gestione cespiti ammortizzabili, l'attribuzione del costo degli ammortamenti dei beni mobili può avvenire direttamente ai centri di costo.

Ove ciò non sia possibile e per i beni immobili l'imputazione può avvenire in primo luogo ai centri di rilevazione 1.10, 2f.2, 3f, 4.1e 4.4 (per i beni mobili in base alla localizzazione del bene), per il successivo ribaltamento sui centri delle aree.

art. 34

SOPRAVVENIENZE E INSUSSISTENZE

- EA0260, oneri straordinari, al netto EA0370, EA0410, EA0420, EAOSOO, EAOSIO, EA0520

Imputazione al centro 4.2, altri costi generali, nei casi in cui non sia possibile l'imputazione diretta ad uno specifico centro di rilevazione .

ONERI FINANZIARI, SVALUTAZIONI E MINUSVALENZE CA0110, interessi passivi CA0150, altri oneri DA0020, svalutazioni EA0270, minusvalenze Imputazione al centro 4.2, altri costi generali.

art. 35

- BA2500, oneri diversi di gestione
- BA2630, svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti
- BA2700, accantonamento per rischi
- BA2830, accantonamento per interessi di mora
- BA2890, altri accantonamenti
- YZ9999, totale imposte, al netto di YA0020

Imputazione al centro 4.2, altri costi generali, nei casi in cui non sia possibile la diretta imputazione ad uno specifico centro di rilevazione.

art. 36

I dati di contabilità analitica trasmessi o inseriti nei sistemi informatici, devono essere validati e verificati dal Responsabile della U.O. di appartenenza, ed in caso di trasmissione all'ufficio di Contabilità Analitica, secondo il formato elettronico con cadenza trimestrale entro e non oltre il decimo giorno del mese successivo.

Rispettivamente secondo quanto riportato in tabella:

<i>Trimestre di competenza</i>	<i>Data trasmissione</i>	<i>Tipologia del Dato</i>
Dal 01/01/xxxx - al 31/03/xxxx	10/n+1/xxxx	Dato trimestrale
Dal 01/04/xxxx - al 30/06/xxxx	10/n+1/xxxx	Dato trimestrale

Dal 01/07/xxxx - al 30/09/xxxx	10/n+1/xxxx	Dato trimestrale
Dal 01/10/xxxx - al 31/12/xxxx	10/n+1/n+1	Dato annuale consolidato anno precedente

