

Allegato A.4

REGIONE BASILICATA
DIPARTIMENTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE,
SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'

**Linee guida per la gestione della
contabilità analitica
e per la costruzione del modello LA**

REGIONE BASILICATA
PROGETTO "COAN – LA"

Allegato A.4

PARTE I – INTRODUZIONE

1. Premessa
2. Il piano regionale dei centri di rilevazione
 - 2.1 La logica di costruzione del piano
 - 2.2 I centri di rilevazione
 - 2.3 I centri di costo
 - 2.4 I costi per livelli assistenziali e per produzione
3. La codifica dei centri di rilevazione
4. L'iter logico di imputazione dei costi
5. Il personale che opera per più centri
6. Le prestazioni finali e intermedie

PARTE II – IL PIANO DEI CENTRI DI RILEVAZIONE

A – AREA ASSISTENZA COLLETTIVA

1. Il piano regionale dei centri di rilevazione
2. I costi diretti
3. I ribaltamenti

B – AREA DISTRETTUALE

1. Il piano regionale dei centri di rilevazione
2. I centri di rilevazione delle cure primarie
3. Gli altri centri di rilevazione
4. Costi comuni e di supporto
5. I ribaltamenti

C – AREA OSPEDALIERA

1. Il piano regionale dei centri di rilevazione
2. Centri con attività di ricovero
3. Centri senza attività di ricovero
4. Centri di anestesia e terapia intensiva
5. Poliambulatori ospedalieri
6. Pronto soccorso

Allegato A.4

7. Centri di supporto

8. Assistenza ospedaliera da terzi

Allegato A.4

D – AREA COSTI GENERALI

1. Articolazione
2. Direzione aziendale e SC amministrative
3. Altri costi generali
4. Attività di ricerca
5. Attività di supporto

PARTE III – I COSTI DI ESERCIZIO

1. Introduzione
2. Consumi sanitari
3. Consumi non sanitari
4. Prestazioni sanitarie
5. Servizi sanitari per erogazione di prestazioni
6. Servizi non sanitari
7. Personale
8. Ammortamenti
9. Sopravvenienze/insussistenze
10. Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze
11. Altri costi

Allegato A.4

PARTE PRIMA - INTRODUZIONE

1. PREMESSA

La scelta di implementare un sistema regionale di riferimento per lo sviluppo della contabilità analitica delle aziende sanitarie regionali (ASR) deriva dal crescente ruolo della Regione quale capogruppo delle aziende stesse e rappresenta un momento fondamentale del percorso attuativo di certificabilità. La recente riforma in materia di armonizzazione contabile del SSN richiede alla Regione di dotarsi di adeguati sistemi di consolidamento dei conti e di elaborazione del rendiconto regionale dei costi per livelli assistenziali.

In quest'ottica la contabilità analitica, oltre a rappresentare lo strumento per il governo interno delle aziende, diviene lo strumento per il controllo regionale sulla gestione delle aziende.

Il sistema regionale di contabilità analitica deve consentire analisi comparate a più livelli:

- nazionale, mediante il modello LA, in considerazione del crescente utilizzo dei dati rilevati con tale modello, per la costruzione dei costi standard nazionali e per la verifica degli scostamenti regionali rispetto agli standard;
- regionale, per la valutazione comparata delle *performance* aziendali, anche in rapporto al finanziamento delle ASL, prevalentemente per quote capitarie (articolate per livelli assistenziali), e delle aziende ospedaliere, per tariffe/funzioni;
- aziendale, per la valutazione interna della *performance*, sia a livello complessivo (in relazione agli standard regionali) sia a livello delle articolazioni operative (mediante il sistema di *budgeting* nei confronti dei distretti/presidi/dipartimenti/strutture complesse).

Il sistema regionale di riferimento della contabilità analitica delle ASR prevede:

- un piano comune dei "centri di rilevazione", inteso come livello minimo di dettaglio necessario per le valutazioni nazionale e regionale, lasciando alle aziende il compito di collegare il piano regionale con quello aziendale dei centri di responsabilità e di costo;
- le regole per l'imputazione dei costi diretti e per il ribaltamento dei costi indiretti e generali. Anche in questo caso, per garantire la confrontabilità dei dati a livello nazionale e regionale, le regole devono essere comuni (in parte vincolate dalla linee guida ministeriali relative al modello LA).

Allegato A.4

2. IL PIANO REGIONALE DEI CENTRI DI RILEVAZIONE

2.1 La logica di costruzione del piano

Il piano regionale dei centri di rilevazione tiene conto di due vincoli:

- l'organizzazione delle aziende, con l'individuazione delle responsabilità all'interno dell'azienda;
- il fabbisogno informativo relativo ai costi per livelli assistenziali (modello LA).

Il responsabile unico aziendale per la Contabilità analitica e il Modello LA, salvo diversa decisione del Direttore Generale dell'Azienda, è il responsabile del Controllo di Gestione.

Il piano regionale è impostato con la seguente logica:

- il primo livello di dettaglio è relativo alle tre macroarticolazioni assistenziali (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera), con l'integrazione di un'ulteriore articolazione relativa ai costi generali aziendali, da ribaltare nella costruzione dei costi per livelli assistenziali e per distretti/presidi, atteso che il modello LA e il finanziamento delle aziende - mediante quote capitarie o tariffe/funzioni - sono a costi pieni;
- il livello di dettaglio dell'assistenza collettiva e distrettuale è quello riportato nel modello LA. Ciò comporta, relativamente ad alcune linee di attività, l'individuazione di centri di rilevazione che non corrispondono a veri e propri centri di responsabilità (intesi nel senso di centri di produzione di prestazioni) quanto, piuttosto, a centri di acquisto di prestazioni sanitarie da terzi, soggetti erogatori accreditati e contrattati (costi rilevati nella macrovoce economica "prestazioni sanitarie") e soggetti che gestiscono attività proprie delle ASL in *service* (costi rilevati nella macrovoce economica "servizi sanitari per erogazione prestazioni");
- la terza macroarticolazione del piano regionale dei centri di rilevazione è riferita al complesso delle prestazioni erogate nei presidi ospedalieri, che attengono ai tre livelli assistenziali (assistenza collettiva per gli *screening*, assistenza distrettuale per l'attività ambulatoriale, assistenza ospedaliera); pertanto non è denominata "assistenza ospedaliera" ma "area ospedaliera";
- nelle ASL il livello di dettaglio è condizionato dalla loro articolazione organizzativa in distretti e ospedali. Mentre l'articolazione in distretti - in fase di primo avvio della contabilità analitica - assume rilevanza solo a livello aziendale, quella negli ospedali deve essere fornita anche alla Regione ed essere coerente con il modello CP (da compilare a soli costi diretti, ivi compresi i costi comuni di presidio);
- Il sistema deve assicurare la coerenza tra i differenti flussi economici ministeriali;
- in tutte le aziende il piano dei centri di rilevazione deve consentire l'aggregazione dipartimentale.

Allegato A.4

In considerazione dell'impostazione del piano regionale dei centri di rilevazione e dei diversi modi di concepire i livelli assistenziali¹, nel presente documento:

- si utilizza il termine “area” per identificare le macroarticolazioni assistenziali (area assistenza collettiva, distrettuale, ospedaliera) e l’area costi generali;
- si utilizza il termine “livello assistenziale” per le componenti primarie delle aree (ad esempio, nell’area dell’assistenza collettiva, la prevenzione rivolta alle persone) e il termine “sub-livello assistenziale” per le componenti secondarie (le vaccinazioni, gli *screening* e le altre attività).

2.2 I centri di rilevazione

I centri di rilevazione vengono articolati nelle seguenti tipologie:

- centri di responsabilità, con due livelli: le macroarticolazioni organizzative (i distretti, i presidi ospedalieri, i dipartimenti) e le strutture complesse (e semplici dipartimentali);
- centri di costo: articolazioni dei centri di responsabilità. Possono essere riferiti sia a strutture semplici (all’interno dei distretti e delle strutture complesse) sia a parti non strutturate ma per le quali è necessario rilevare distintamente i costi (per la loro rilevanza economica o perché riferiti a diversi livelli e sub-livelli assistenziali). Sono compresi nei centri di costo anche quelli che, pur non corrispondendo ad articolazioni organizzative aziendali, servono per raccogliere i valori rilevati in altri centri e scorporati per esigenze informative relative ai livelli assistenziali (ad esempio, il centro “vaccinazioni” che raccoglie costi di responsabilità di altri centri: igiene e sanità pubblica, consultori, mmg e pls);
- centri di acquisto di prestazioni finali: comprendono gli acquisti di servizi finali da terzi soggetti erogatori accreditati e contrattati. Si tratta di centri relativi a livelli assistenziali che non prevedono (o prevedono in misura parziale) la produzione diretta di servizi/prestazioni da parte dell’azienda. Un esempio è costituito dal centro assistenza idrotermale che non comprende mai produzione diretta e, di norma, è privo di personale addetto all’acquisizione di tali prestazioni. Anche per alcuni livelli assistenziali distrettuali relativi all’assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale la produzione può essere totalmente garantita da terzi soggetti erogatori o da contratti di *service*.

2.3 I centri di costo

¹ Il termine livello assistenziale viene talora riferito all’assistenza collettiva, distrettuale ed ospedaliera, utilizzando per le componenti il termine sub-livello e per le successive articolazioni il termine prestazione. In altri casi il termine livello viene anche utilizzato per le singole componenti. Il dpcm 29.11.2001 non fornisce indicazioni esaustive in merito, utilizzando i termini “macro-livelli” e “micro-livelli” per dettagliare l’area integrazione socio-sanitaria.

Allegato A.4

I centri di costo possono a loro volta essere classificati nelle seguenti tipologie:

- centri finali: sono i centri di costo che svolgono attività finale diretta all'utente. Nell'ospedale sono presenti centri finali di due tipi:
 - centri 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);
 - centri di costo relativi alle specialità senza posti letto (o con un numero limitato di posti letto da utilizzare a seguito di particolari accertamenti/trattamenti), che svolgono sia attività finale (ambulatoriale) che attività intermedia a favore di centri finali (ovvero prestazioni cliniche e di diagnostica strumentale a ricoverati di altre specialità);
- centri di supporto sanitario e non sanitario: sono centri che forniscono attività di supporto per la produzione dei servizi finali, sanitarie (ad esempio farmacia ospedaliera) e non (attività alberghiere, manutenzione degli immobili e delle tecnologie ecc.);
- centri comuni: sono i centri di costo che raccolgono costi relativi a più centri finali o a loro aggregazioni (dipartimenti/distretti/presidi), ma sempre all'interno di una delle tre aree (assistenza collettiva, distrettuale, ospedaliera). Sono compresi in tale ambito i centri che rilevano costi comuni a due o più sub-livelli assistenziali, ad esempio il centro "medicina generale" che rileva i costi del personale dipendente addetto alla gestione delle convenzioni per la medicina generale (rapporti normo-contrattuali e funzionali, scelta e revoca ecc.), da ripartire tra i due sub-livelli assistenziali relativi ai mmg e ai pls;
- centri generali: sono i centri che raccolgono costi generali aziendali che riguardano le tre aree.

2.4 Costi per livelli assistenziali e per produzione

Nella produzione diretta delle prestazioni la rilevazione dei costi avviene con due logiche:

- in primo luogo la rilevazione è effettuata nel luogo/presidio dove viene prodotta/erogata la prestazione, per la valutazione dell'efficienza produttiva, a livello micro (la singola struttura complessa) e macro (il presidio). Il caso più significativo è rappresentato dalle prestazioni erogate nei presidi ospedalieri;
- successivamente i costi vengono allocati nel livello assistenziale di riferimento, unitamente ai costi dell'acquisto di prestazioni, per la comparazione con lo standard nazionale.

Inoltre a livello aziendale i costi possono essere trattati con diverse modalità, in base agli obiettivi da perseguire.

A titolo di esempio, i costi dei centri di diagnostica strumentale operanti in ambito ospedaliero possono essere utilizzati con le seguenti modalità:

Allegato A.4

- costo totale (costi diretti + costi comuni di area + costi generali) riferito a tutta la produzione, per la valutazione dell'efficienza produttiva, in rapporto alla valorizzazione tariffaria della produzione;
- riparto del costo totale effettivo tra i destinatari delle prestazioni in base all'incidenza della valorizzazione tariffaria della produzione, per la valutazione dei costi sostenuti per i diversi livelli assistenziali (assistenza ambulatoriale ed ospedaliera);
- valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate, per l'addebito ai centri finali, che vengono responsabilizzati sul livello di servizi intermedi richiesto e non sul costo effettivo di tali prestazioni.

Allegato A.4

3. La codifica dei centri di rilevazione

Il piano regionale dei centri di rilevazione prevede un codice così strutturato:

- il primo numero identifica l'area:
 - 1 – area assistenza collettiva;
 - 2 – area distrettuale;
 - 3 – area ospedaliera;
 - 4 – area costi generali;
- il secondo e, ove necessario, il terzo numero identificano il centro di rilevazione.

Nell'area distrettuale il primo numero è accompagnato da una lettera per identificare le principali componenti, di norma corrispondenti a centri di responsabilità:

- 2a – cure primarie;
- 2b – assistenza farmaceutica territoriale;
- 2c – salute mentale;
- 2d – assistenza per le dipendenze;
- 2e – assistenza ai malati terminali;
- 2f – costi comuni e supporto.

Nell'area ospedaliera il primo numero è accompagnato da una lettera per identificare le principali componenti, ovvero le diverse attività svolte in ambito ospedaliero:

- 3a – centri con attività di degenza;
- 3b – centri senza attività di degenza;
- 3c – centri di anestesia e rianimazione;
- 3d – poliambulatorio centralizzato;
- 3e – pronto soccorso;
- 3f – centri supporto sanitario;
- 3g – centri di supporto non sanitari.

Nelle ASL l'area ospedaliera prevede un'ulteriore componente:

- 3h – prestazioni ospedaliere acquistate da terzi;

per garantire la netta separazione delle due componenti.

Il secondo numero può identificare:

- un centro di responsabilità, eventualmente articolato in più centri di costo;

Allegato A.4

- un aggregato di centri di responsabilità, ad esempio il centro 4.1, “direzione aziendale e relativo staff, SC amministrative”, che le aziende articoleranno in centri di rilevazione in base alla propria struttura organizzativa;
- un livello assistenziale per il quale non è previsto il centro di responsabilità; ad esempio il centro 1.7, attività prevenzione rivolta alle persone, articolato in tre centri di costo;
- centri comuni, di supporto sanitario e non sanitario.

Il terzo numero, infine, è previsto quando il centro identificato con il secondo numero deve essere ulteriormente articolato per rispondere alle esigenze informative nazionali (modello LA) o regionali o aziendali.

Le aziende sanitarie regionali, nell’adottare il rispettivo piano dei centri di costo, dovranno attenersi alle seguenti avvertenze:

- prevedere la rilevazione dei costi a livello di singolo distretto e presidio ospedaliero;
- in caso di presenza di più strutture complesse omologhe, prevedere la rilevazione dei costi per singola struttura;
- articolare i centri di rilevazione in base alla propria organizzazione aziendale, garantendo comunque l’aggregazione dei centri aziendali in base al piano regionale;
- adottare la codifica idonea alla propria organizzazione, prevedendo una tabella di raccordo con la codifica regionale.

4. L’iter logico di imputazione dei costi

L’iter logico di imputazione dei costi prevede le seguenti fasi:

- primo livello di imputazione dei costi diretti ai centri identificati con i primi due numeri;
- secondo livello di imputazione articolando i costi diretti tra i centri identificati con il terzo numero;
- ribaltamento dei costi comuni di area sui centri finali/intermedi che la compongono;
- ribaltamento dei costi generali sui centri finali e intermedi;
- ribaltamento dei costi dei centri intermedi sui centri finali.

Alcuni esempi possono chiarire l’iter logico.

Centro di rilevazione 1.1, “igiene e sanità pubblica”:

Allegato A.4

- prima imputazione dei costi diretti al centro 1.1, atteso che costituisce centro di responsabilità soggetto a negoziazione del *budget*. L'imputazione avviene in base ai fattori produttivi assegnati/consumati dal centro;
- secondo livello di imputazione, con l'articolazione dei costi diretti rilevati nella prima fase tra le diverse attività che richiedono distinta rilevazione perché attinenti a diversi livelli assistenziali². Il centro 1.1.1 rappresenta il centro di rilevazione di costi del livello assistenziale 10100, igiene e sanità pubblica;
- ribaltamento dei costi comuni dell'area (centri 1.8 e 1.9);
- ribaltamento dei costi generali (centri 4);
- il costo del livello assistenziale 10100, igiene e sanità pubblica, è costituito dai costi diretti rilevati nel centro 1.1.1 più i costi ribaltati.

Centro di rilevazione 1.7.2, "screening":

- prima imputazione dei costi diretti al centro 1.7.2, ovvero dei costi che non sono di pertinenza di altri centri di rilevazione (nella Regione Basilicata, i costi del *service* attivato dall'IRCCS CROB a favore di tutta la regione);
- ribaltamento dei costi comuni dell'area (centri 1.8 e 1.9);
- ribaltamento dei costi generali (centri 4);
- ribaltamento dei costi sostenuti in ambito consultoriale, centro 2a.6.2 (costi pieni, ovvero post ribaltamento dei costi comuni dell'area e dei costi generali);
- ribaltamento dei costi sostenuti in ambito ospedaliero, centri 3a.X.5 e 3b.X.3 (costi pieni dei centri di responsabilità X);
- il costo del livello assistenziale 10600, *screening*, è costituito dai costi diretti del centro 1.7.2 più i costi ribaltati.

Centro di rilevazione 3a.X.1, degenza ordinaria del centro di responsabilità X:

- prima imputazione dei costi diretti al centro 3a.X, atteso che costituisce centro di responsabilità soggetto a negoziazione del *budget*. L'imputazione avviene in base ai fattori produttivi assegnati/consumati dal centro;

² Il centro di rilevazione non può essere trattato come i centri intermedi ospedalieri sia da un punto di vista letterale (l'attività è sempre finale) sia perché i costi complessivi non possono essere ribaltati tra i centri finali con un sistema parametrico come quello utilizzato per i servizi ospedalieri intermedi (valorizzazione tariffaria di tutta la produzione).

Allegato A.4

- secondo livello di imputazione, con l'articolazione dei costi diretti rilevati nella prima fase tra le diverse attività che richiedono distinta rilevazione perché attinenti a diversi livelli assistenziali. Il centro 3a.X.1 rappresenta uno dei centri di rilevazione di costi del livello assistenziale 30202, degenza ordinaria;
- ribaltamento dei costi dei centri di supporto della macroarea (centri 3e e 3f) in base ai criteri indicati nelle note relative;
- ribaltamento dei costi generali (centri 4) in base ai criteri indicati nelle note relative;
- ribaltamento dei costi dei centri intermedi imputabili alla degenza (centri 3b.X.1);
- il costo del livello assistenziale 30202, "degenza ordinaria", è costituito dai costi diretti rilevati nei centri 3a.(da 1 a n).1 più i costi ribaltati.

5. Il personale che opera per più centri

Come si è visto negli esempi del § 4, nello sviluppo della contabilità analitica si pone sovente il problema del personale addetto a più attività finali.

In tali casi occorre procedere con le seguenti modalità:

- rilevare il costo nel centro di assegnazione;
- rilevare le ore lavorate, in base alle modalità utilizzate per la compilazione del conto annuale;
- stimare il tempo dedicato alle attività non assistenziali (coordinamento, aggiornamento ecc.) e quello dedicato alle attività assistenziali (ore lavorate – ore dedicate alle attività non assistenziali);
- rilevare la distribuzione del tempo dedicato alle varie attività assistenziali;
- ripartire il costo globale tra le attività assistenziali in base alla rispettiva incidenza.

nominativo	ore lavorate			costo	ripartizione ore						ripartizione costo		
	tot.	att.non assist.	att. assist.		att. 1		att. 2		att. N		att. 1	att. 2	att. N.
					v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%			
.....													
.....													

6. Le prestazioni finali e intermedie

Allegato A.4

Il sistema di contabilità analitica nelle ASL comprende non solo la rilevazione dei costi relativi alla produzione diretta dei servizi e delle prestazioni sanitarie (comprendendo in tale ambito anche i service, atteso che in tale caso la titolarità e responsabilità dell'erogazione della prestazione è in capo alla ASL) ma anche i costi relativi all'acquisto di prestazioni da terzi soggetti erogatori accreditati e contrattati.

Come meglio specificato nella parte parte III, l'articolazione dei costi di esercizio prevista dal modello LA prevede a tale fine la macrovoce "prestazioni sanitarie", comprendendo peraltro in tale ambito prestazioni finali e intermedie/strumentali che nello sviluppo della contabilità analitica occorre distinguere.

Costi relativi a prestazioni finali:

- costi della medicina generale convenzionata (mmg e pls), ovvero dei medici che operano con propria autonoma organizzazione;
- costi relativi alla fornitura di farmaci e protesi da parte di organizzazioni private;
- costi delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate da soggetti erogatori accreditati.

Costi relativi a prestazioni intermedie:

- costi delle altre convenzioni mediche (continuità assistenziale, medicina dei servizi, 118, ambulatoriale interna), ovvero di medici che operano nell'ambito dell'organizzazione aziendale, a fianco del personale dipendente;
- costi delle prestazioni cliniche e diagnostiche erogate a soggetti assistiti direttamente dalle aziende (ad esempio, ai ricoverati negli ospedali gestiti direttamente) da parte di soggetti erogatori accreditati. Tali prestazioni vengono comprese nei conti CE dell'ambulatoriale da terzi anche se in realtà costituiscono una componente del costo della prestazione erogata dall'azienda.

Allegato A.4

PARTE II – IL PIANO DEI CENTRI DI RILEVAZIONE

A – AREA ASSISTENZA COLLETTIVA

1. IL PIANO REGIONALE DEI CENTRI DI RILEVAZIONE

Il piano dei centri di rilevazione prevede:

- i sei centri di responsabilità indicati dalla normativa nazionale, che corrispondono ad altrettante strutture complesse:
 - 1.1 - igiene e sanità pubblica;
 - 1.2 - igiene alimenti e nutrizione;
 - 1.3 - prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro;
 - 1.4 - sanità animale;
 - 1.5 - igiene produzione alimenti origine animale;
 - 1.6 - igiene allevamenti e produzioni zootecniche;
- il centro di responsabilità igiene e sanità pubblica è articolato in tre centri di costo:
 - 1.1.1 - igiene e sanità pubblica in senso stretto, ovvero al netto dei costi delle attività svolte dal servizio di competenza di altri livelli assistenziali, rilevati negli altri due centri di costo;
 - 1.1.2 - medicina legale;
 - 1.1.3 - vaccinazioni;
- tre centri di costo relativi alle attività di prevenzione rivolta alle persone, attualmente rilevati con il modello LA con unico codice ma di cui si prevede l'articolazione nel nuovo modello LA:
 - 1.7.1 – vaccinazioni;
 - 1.7.2 – *screening*;
 - 1.7.3 - altre attività di prevenzione rivolte alle persone;
- due centri di costo comuni:
 - 1.8 - attività sanitarie ed amministrative comuni: eventuali costi delle attività sanitarie non imputabili direttamente ai precedenti centri, costi della direzione del dipartimento di prevenzione e costi delle attività di segreteria comuni per le varie attività;
 - 1.9 - attività di supporto: costi relativi alla gestione delle sedi in cui opera il dipartimento di prevenzione.

Le ASL potranno prevedere l'articolazione dei centri di responsabilità in più centri di costo, garantendo comunque la loro possibile aggregazione nei termini previsti dal piano regionale.

Allegato A.4

	CdR	tipo CdC						CdA	trasf.ad altro CdC	rif.mod. LA	nuovo LA
		F	I	Ss	Sa	C	G				
1 AREA ASSISTENZA COLLETTIVA											
1 igiene e sanità pubblica	x										
1 igiene e sanità pubblica		x							10100		
2 medicina legale		x							10600		
3 vaccinazioni		x						1.7.1			
2 igiene alimenti e nutrizione	x	x							10200		
3 prevenzione e sicurezza ambienti lavoro	x	x							10300		
4 sanità animale	x	x							10400		
5 igiene produzione alimenti origine animale	x	x							10400		
6 igiene allevamenti e produzioni zootecniche	x	x							10400		
7 attività prevenzione rivolta alle persone									10500		
1 vaccinazioni		x								10510	
2 <i>screening</i>		x								10520	
3 altre attività di prevenzione rivolta alle persone		x								10530	
8 attività sanitarie ed amministrative comuni							x				
9 supporto non sanitario					x						

1.1 - Igiene e sanità pubblica

Corrisponde ad un centro di responsabilità (SC) ed è articolato in tre centri di costo, per tenere conto delle attività svolte per diversi livelli assistenziali:

1.1.1 - igiene e sanità pubblica in senso stretto;

1.1.2 - medicina legale;

1.1.3 - vaccinazioni.

Le aziende devono prevedere ulteriori centri di costo per le attività eventualmente svolte dalla SC “igiene e sanità pubblica” di competenza di altri sub-livelli assistenziali, ad esempio se il servizio di igiene e sanità pubblica svolge attività di “tutela della salute delle attività sportive” (da riferire al centro di rilevazione 1.7.3) e attività progettazione e/o coordinamento degli *screening* (da riferire al centro di rilevazione 1.7.2).

1.2 - Igiene degli alimenti e della nutrizione

1.3 - Prevenzione sicurezza degli ambienti di lavoro

Corrispondono a centri di responsabilità (SC) e ai corrispondenti codici del modello LA.

1.4 - Sanità animale

Allegato A.4

1.5 - Igiene produzione alimenti di origine animale

1.6 - Igiene allevamenti e produzioni zootecniche

Corrispondono a centri di responsabilità (SC) e la loro somma all'unico codice previsto dal modello LA.

1.7 - Attività di prevenzione rivolta alle persone

Il centro di rilevazione 1.7, attività di prevenzione rivolta alle persone, articolato in tre centri di costo:

- 1.7.1, vaccinazioni;
- 1.7.2, *screening*;
- 1.7.3, altre attività di prevenzione rivolte alle persone;

corrisponde a livello LA 10500, articolato in tre analoghi sub-livelli:

- 10510, vaccinazioni;
- 10520, *screening*;
- 10530, altre attività di prevenzione rivolte alle persone.

1.7.1 – Vaccinazioni

Sono comprese in questo ambito le “vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti. In questa voce vanno rilevati, in particolare, i costi complessivi dei servizi di vaccinazione e i costi dei vaccini (rilevati nel conto CE BA0260); i costi delle prestazioni di particolare impegno professionale (PIIP) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta erogate nell’ambito delle campagne vaccinali vanno rilevati in corrispondenza delle voci, rispettivamente, 20201.3 e 20202.3”³.

La rilevazione dei compensi riconosciuti ai mmg ed ai pl nell’area distrettuale deriva dalla scelta di rilevare i costi nel livello nel quale sono originati, ma con un livello di dettaglio tale da consentirne successive aggregazioni, in fase di analisi, al livello e sub-livello di pertinenza.

Il centro di costo vaccinazioni raccoglie due tipologie di costi:

- costi con imputazione diretta: vaccini (distribuiti direttamente o tramite i medici convenzionati);

³ Bozza linee guida nuovo LA.

Allegato A.4

- costi rilevati in altri centri: personale addetto, per trasferimento dal centro 1.1.3; i compensi eventualmente corrisposti ai medici convenzionati sono rilevati nel centro 2a.1

1.7.2 – Screening

Sono compresi in questo ambito i “programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN e dei PSR”.³

Centro che raccoglie due tipologie di costi:

- costi con imputazione diretta: servizi acquistati da terzi (soggetti erogatori addetti alle attività di *screening* ma anche servizi di supporto, per campagne promozionali, per la convocazione dei destinatari delle campagne di *screening* ecc.);
- costi rilevati in altri centri, relativi alle attività svolte da centri aziendali pluriprodotto, con costi ripartiti tra i centri in base alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni o ad altri criteri. Ad esempio, i costi per le seconde letture svolte dai servizi di anatomia patologica. In tale caso il costo è determinato in sede di ripartizione dei costi del centro (intermedio) tra i vari destinatari delle prestazioni.

Relativamente agli *screening* è possibile che le aziende prevedano una specifica struttura organizzativa, di norma inserita nell’ambito dell’assistenza distrettuale oppure ospedaliera (denominata Centro di prevenzione oncologica, CPO, o in altro modo). In tale caso il centro di rilevazione 1.7.2 comprende i costi relativi a tale struttura.

1.7.3 - Altre attività di prevenzione rivolte alle persone

Sono compresi in questo ambito le “prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche”⁴. Il dpcm 29.11.2001 specifica i riferimenti legislativi e le malattie comprese in tale ambito (in particolare malattia tubercolare, malaria e malattia di Creutzfeld-Jacob).

Sono da comprendere in questo ambito i costi per la tutela della salute nelle attività sportive.

⁴ Bozza linee guida nuovo LA.

Allegato A.4

In assenza di uno specifico centro di costo, le aziende devono rilevare i costi scorporandoli da quelli del centro che svolge tali prestazioni: 2a.5.6 e 3b.X.6.

1.8 - Attività sanitarie ed amministrative comuni

Il centro accoglie i costi diretti dell'assistenza collettiva non riferibili alle singole funzioni ma comuni per tutti i centri che compongono tale livello.

Costi che possono essere rilevati nel centro:

- il costo del personale di segreteria comune (ad esempio, il personale amministrativo che coadiuva il direttore del dipartimento di prevenzione e il personale eventualmente addetto ad una segreteria comune per tutte le articolazioni dell'area);
- l'indennità del direttore del dipartimento;
- i costi del materiale sanitario non imputabile ai singoli sub-livelli assistenziali (componente eventuale e residuale rispetto all'imputazione diretta ottenibile con gli scarichi di magazzino);
- i costi del materiale di consumo non sanitario utilizzato.

1.9 - Supporto non sanitario

Il centro accoglie i costi relativi alle sedi utilizzate dall'area: servizi non sanitari, manutenzione, ammortamenti.

I costi comuni dell'assistenza collettiva, seguendo la metodologia generale prevista dalle istruzioni ministeriali per il modello LA relative ai centri ausiliari, possono essere articolati tra i vari sub-livelli in base a specifici criteri. In assenza di parametri specifici si prevede di applicare il criterio dell'incidenza del costo totale del personale.

2. I COSTI DIRETTI

Per l'imputazione dei costi all'area si rinvia alle regole generali contenute nella parte III.

Allegato A.4

L'area di norma è caratterizzata dalla produzione diretta dei servizi/prestazioni, con personale dipendente o con altre forme contrattuali, senza costi nelle macrovoci prestazioni sanitarie e servizi sanitari per l'erogazione delle prestazioni.

Eccezioni:

- utilizzo di medici tramite le convenzioni nazionali della medicina dei servizi e della specialistica ambulatoriale interna (c.d. medici Sumai);
- attività di *screening* affidata a soggetti erogatori esterni.

3. I RIBALTAMENTI

Nello sviluppo della contabilità analitica occorre prevedere i seguenti ribaltamenti:

- costi comuni dell'assistenza collettiva rilevati nei centri 1.8 e 1.9;
- costi generali rilevati nei centri 4. I costi generali devono essere imputati ai vari sub-livelli assistenziali in base all'incidenza del costo del personale;
- sul centro 1.7.2, *screening*, i costi dei servizi distrettuali ed ospedalieri rilevati nei centri 2a.6.2, 3a.X.5 e 3b.X.3.

Allegato A.4

PARTE II – IL PIANO DEI CENTRI DI RILEVAZIONE B - AREA DISTRETTUALE

1. IL PIANO REGIONALE DEI CENTRI DI RILEVAZIONE

L'area distrettuale è caratterizzata da un assetto organizzativo definito dalla normativa nazionale solo con riferimento al distretto (che per il d.lgs. 502/1992 costituisce un centro di responsabilità dotato di autonomia economico-finanziaria) ed all'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Atteso che la contabilità analitica rappresenta l'attuazione della contabilità separata prevista dal citato decreto legislativo occorre che – a regime – comprenda i costi pieni dell'assistenza di ogni singolo distretto, articolando territorialmente i costi delle eventuali strutture complesse che operano su tutta la ASL.

Il piano dei centri di rilevazione consente di leggere i costi in due dimensioni:

- i singoli livelli/sub-livelli assistenziali, per ogni distretto e a livello aggregato aziendale, rilevato con il modello LA;
- i costi complessivi dei singoli distretti, aggregando i costi dei vari livelli/sub-livelli assistenziali. In questa dimensione i distretti costituiscono macrocentri di responsabilità, in analogia ai presidi ospedalieri.

Il piano proposto, coerente con il dettaglio informativo richiesto dal modello LA, comprende alcuni centri di acquisto relativi a sub-livelli assistenziali per i quali le ASL possono svolgere direttamente le relative attività finali, con proprio personale, ma sovente si avvalgono di soggetti erogatori esterni, accreditati e contrattati, o di *service*.

Il piano regionale dei centri di rilevazione articola l'assistenza distrettuale nei livelli/sub-livelli assistenziali del modello LA, prevedendo:

- un centro di responsabilità (SC di norma corrispondente alla direzione del distretto) comprensivo delle attività distrettuali non strutturate ma i cui costi devono essere rilevati separatamente:
 - 2a - cure primarie, centro di responsabilità articolato in 13 centri di costo;
- distinti centri di responsabilità per le attività territoriali che richiedono specifiche professionalità e di norma organizzate strutturalmente (SC o SS):
 - 2b – assistenza farmaceutica territoriale;
 - 2c – salute mentale;
 - 2d – assistenza per le dipendenze;
 - 2e – assistenza ai malati terminali;

Allegato A.4

- due centri di costo comuni:
 - 2f.1 – costi comuni distretto: costi della direzione di distretto e costi delle attività non riferibili ai precedenti centri;
 - 2f.2 – supporto.

2. I CENTRI DI RILEVAZIONE DELLE CURE PRIMARIE

	CdR	tipo CdC						CdA	trasf.ad altro CdC	rif.mod. LA	nuovo LA
		F	I	Ss	Sa	C	G				
2 AREA DISTRETTUALE											
		x									
2a		x									
1	medicina generale					x					
	1 medicina di base						x		20201	20210	
	2 pediatria di libera scelta						x		20202	20220	
	3 altre forme assistenza primaria territoriale	x									
2	continuità assistenziale	x							20100		
3	emergenza sanitaria territoriale	x							20300		
4	assistenza domiciliare	x							20801		
5	specialistica ambulatoriale territoriale	x					x		20600	20620	
	1 attività clinica (escluso FKT e emodialisi)								20601	20621	
	2 attività di laboratorio								20602	20622	
	3 attività di diagnostica strumentale e per immagini								20603	20623	
	4 FKT, medicina fisica e riabilitazione								20601	20621	
	5 emodialisi								20601	20621	
	6 medicina dello sport							1.7.3			
5 bis	specialistica ambulatoriale ospedaliera									20610	
	1 attività clinica (escluso FKT e emodialisi)									20611	
	2 attività di laboratorio									20612	
	3 attività di diagnostica strumentale e per immagini									20613	
	4 FKT, medicina fisica e riabilitazione									20611	
	5 emodialisi									20611	
	6 PAC									20611	
6	consultori										
	1 consultori	x							20802		
	2 <i>screening</i>	x						1.7.2			
7	integrativa e protesica					x					
	1 integrativa	x					x		20500		
	2 protesica	x					x		20700		
8	assistenza ai disabili										
	1 ambulatoriale e domiciliare	x							20804	20805	
	2 semiresidenziale (CdC F per gest.diretta)	x					x		20902		
	3 residenziale (CdC F per gest.diretta)	x					x		21002		
9	assistenza agli anziani non autosufficienti										
	1 ambulatoriale	x							20806	20807	
	2 semiresidenziale (CdC F per gest.diretta)	x					x		20904		
	3 residenziale (CdC F per gest.diretta)	x					x		21004		
10	assistenza residenziale per affetti da HIV (CdC F per gest.diretta)	x					x		21005		
11	assistenza idrotermale						x		21100		
12	assistenza presso strutture interne alle carceri	x								22000	
13	costi comuni cure primarie					x					

Allegato A.4

2a.1 - Medicina generale

Il centro di rilevazione 2a.1, medicina generale, articolato in tre centri:

- 2a.1.1 – medicina di base;
- 2a.1.2 – pediatria di libera scelta;
- 2a.1.3 – altre forme di assistenza primaria territoriale;

I primi due centri corrispondono al livello LA 20100, medicina generale, articolato a sua volta in due sub-livelli:

- 20201, medicina generica;
- 20202, pediatria di libera scelta.

La proposta di revisione del modello LA prevede di articolare il codice 20201, rinumerato 20210, nei seguenti termini:

- 20211, attività in convenzione;
- 20212, prestazioni erogate in ADI/ADP;
- 20213, prestazioni erogate in RSA/case protette e assistenza semiresidenziale;
- 20214, campagne vaccinali.

Parimenti il codice 20202, rinumerato 20220, viene articolato nei seguenti termini:

- 20221, attività in convenzione;
- 20222, prestazioni erogate in ADI/ADP;
- 20223, campagne vaccinali.⁵

⁵ L'articolazione nasce dalla considerazione che parte dei costi rilevati nei due sub-livelli – per il criterio della prevalenza e per facilitare il collegamento con la contabilità generale – sono di competenza di altro livello o sub-livello assistenziale. Ad esempio, i costi delle campagne vaccinali possono essere aggregati con quelli rilevati nel futuro sub-livello 10510, vaccinazioni. In tale modo sarà possibile confrontare i costi delle vaccinazioni sostenuti nelle varie regioni, a prescindere dall'organizzazione scelta per tali attività.

Allegato A.4

2a.1 – medicina generale

Centro di costo comune dei due sub-livelli LA dove imputare i costi diretti sostenuti dalla ASL per la gestione delle convenzioni, da ribaltare sui centri 2a.1.1-2 in base al numero dei medici convenzionati o agli assistiti.

In particolare devono essere rilevati in questo centro:

- i costi relativi alla gestione normo-contrattuale delle due convenzioni;
- i costi relativi alla scelta e revoca dei mmg/pls.⁶

2a.1.1 – medicina di base

2a.1.2 – pediatria di libera scelta

Centri di imputazione di primo livello dei soli costi diretti relativi ai compensi corrisposti ai mmg e ai pls (centro di acquisto), collocati nella colonna “prestazioni sanitarie”, che devono corrispondere ai costi rilevati in contabilità generali nei conti BA0430, BA0440 e, eventualmente, dei costi per i mmg e i pls rilevati in mobilità passiva nei conti BA0470 e BA0480 (conti relativi a tutte le convenzioni della medicina generale ma che dovrebbero rilevare solo mobilità passiva per i mmg e i pls).⁷

La separata rilevazione dei compensi corrisposti per le prestazioni in ADI/ADP, in RSA e per le campagne vaccinali prevista dalla proposta di revisione del modello LA, rilevabile direttamente dai listini relativi ai calcoli dei compensi, non richiede la creazione di distinti centri di rilevazione.

⁶ In caso di sportelli polifunzionali, ovvero dedicati non solo alla scelta/revoca del medico ma anche ad altre pratiche (esenzione dal ticket ecc.) occorre valutare se imputare il costo relativo alla medicina generale o al centro 2a.13.

⁷ In base alle linee guida devono essere rilevati in questo centro anche gli accantonamenti per i rinnovi delle convenzioni e le sopravvenienze/insussistenze.

Allegato A.4

2a.1.3 – altre forme di assistenza primaria territoriale

Centro di possibile attivazione, per rilevare le seguenti tipologie di costi:

- punti unici di accesso (PUA);
- centri di assistenza primaria territoriale, con esclusione dei costi relativi all'attività specialistica ambulatoriale eventualmente svolta. Sono compresi in tale ambito gli ambulatori infermieristici attivati dalle ASL nelle sedi che hanno dismesso l'attività di ricovero per acuti, con l'obiettivo di sportello di primo accesso degli utenti con problemi sanitari non rilevanti, per misurazione pressione e primo orientamento (*triage* territoriale);
- costo del personale dipendente messo a disposizione dei mmg per lo sviluppo delle forme associative previste dal d.l. 158/2012 convertito con la l. 189/2012;
- indennità corrisposte ai mmg e ai pls per turni presso i PS per trattare i codici bianchi e gialli (attività collocata in questo livello e non in quello del PS perché in prospettiva ricollocabile nelle attività sviluppate ai sensi del citato d.l. 158/2012).

In carenza di previsione di un apposito codice LA i costi devono essere ribaltati sui due codici 20201 e 20202.

2a.2 - Continuità assistenziale

Il centro di rilevazione corrisponde al livello assistenziale LA 20100, guardia medica.

I costi diretti da rilevare nel centro sono:

- i costi dei medici convenzionati, da registrare nella colonna "prestazioni sanitarie". L'importo deve corrispondere ai costi rilevati in contabilità generale nel conto BA0450;
- i costi del personale dipendente addetto a tempo pieno ai due servizi (coordinamento, centrali ecc.);
- gli altri costi diretti rilevabili dai sistemi gestionali aziendali (scarichi di magazzino ecc.).

Se il servizio finale è garantito esclusivamente da medici convenzionati il totale del costo della voce "prestazioni sanitarie" deve essere coerente con le ore totali rilevate dal modello FLS.21, quadro F.

Allegato A.4

2a.3 - Emergenza sanitaria territoriale

Il centro di rilevazione corrisponde al livello assistenziale LA 20300, emergenza sanitaria territoriale.

I costi diretti da rilevare nel centro sono:

- i costi dei medici convenzionati, da registrare nella colonna “prestazioni sanitarie”, rilevati in contabilità generale nel conto BA0460, che comprende anche la medicina dei servizi;
- i costi delle convenzioni relative ai trasporti di emergenza, da registrare nella colonna “prestazioni sanitarie”, rilevati in contabilità generale nel conto BA1090, che peraltro comprende anche trasporti non imputabili al 118;
- i costi del personale dipendente addetto a tempo pieno ai due servizi (coordinamento, centrali ecc.);
- gli altri costi diretti rilevabili dai sistemi gestionali aziendali (scarichi di magazzino ecc.).

2a.4 – Assistenza domiciliare

Il centro di rilevazione corrisponde al sub-livello assistenziale LA 20801, assistenza programmata a domicilio (ADI/ADP).

Il sub-livello assistenziale comprende:

- i costi dell’assistenza domiciliare rilevata con il flusso NSIS-SIAD, ovvero l’assistenza domiciliare caratterizzata dalla presa in carico dell’assistito mediante un piano/programma/progetto di assistenza individuale, con la responsabilità clinica in capo a mmg, pls o al medico competente per la terapia del dolore;
- i costi delle cure domiciliari prestazionali, non rilevate nel citato flusso SIAD;
- i costi dell’eventuale ospedalizzazione domiciliare, attualmente rilevati nell’ambito dell’assistenza ospedaliera con codice abolito nella proposta di revisione del modello LA.

I costi relativi all’assistenza domiciliare con responsabilità clinica in capo a figure diverse da quelle indicate precedentemente (mmg, pls, medico competente per la terapia del dolore) devono essere rilevati negli specifici centri (2.a.8.1, 2c.1, 2d.1).

Il costi diretti da imputare al centro sono:

Allegato A.4

- i costi relativi all'assistenza domiciliare gestita con proprio personale, dipendente o con altro rapporto di lavoro;
- i costi dell'eventuale gestione esternalizzata, da rilevare nelle voci economiche prestazioni sanitarie, se i costi sono stati registrati nel conto BA1140, e servizi sanitari, se i costi sono stati registrati nel conto BA1490;
- i costi riferiti alle attività di coordinamento generale, se svolte da personale addetto a tempo pieno a tale attività; in caso contrario tali costi sono compresi nei costi comuni diretti distrettuali.

Non devono essere compresi in questo centro i compensi corrisposti ai mmg e ai pls per le prestazioni in ADI/ADP, da rilevare nei centri 2a.1.

I costi rilevati devono essere coerenti con le ore di accesso rilevate con il modello FLS.21, quadro H.

Al fine di valutare i costi sostenuti per le varie categorie di destinatari (anziani, disabili ecc.) il sistema di contabilità analitica deve prevedere l'aggregazione delle diverse tipologie di assistenza: domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. A tale fine occorre articolare i costi dell'ADI per tipologia di utenti utilizzando i dati di attività rilevati con l'apposito flusso informativo (dm 17.12.2008).

2a.5 – Assistenza specialistica ambulatoriale territoriale

Il centro di rilevazione corrisponde all'attuale livello LA 20600, specialistica ambulatoriale, che comprende sia l'attività svolta nei poliambulatori territoriali sia quella svolta a livello ospedaliera.

Il livello è articolato in tre sub-livelli:

- 20601, attività clinica;
- 20602, attività di laboratorio;
- 20603, attività di diagnostica strumentale e per immagini.

La proposta di revisione del modello LA prevede una prima articolazione tra attività ospedaliera e non, con la successiva articolazione nelle tre componenti:

- 20610, attività prodotta direttamente in ambito ospedaliero, articolata in 20611, 20612 e 20613;
- 20620, attività prodotta direttamente in ambito distrettuale, articolata in 20621, 20622 e 20623.

Allegato A.4

Pertanto il centro di rilevazione 2a.5 corrisponde al futuro codice LA 20610 mentre il centro di rilevazione 2a.5 bis corrisponde al futuro codice LA 20620.

In considerazione della rilevanza dei costi relativi alla FKT-medicina fisica e riabilitativa e all'emodialisi il piano prevede la separate rilevazione dei costi per tali attività.

Pertanto il centro 2a.5 è articolato in 5 parti:

- 2a.5.1, attività clinica, escluso FKT e emodialisi;
- 2a.5.2, attività di laboratorio;
- 2a.5.3, attività di diagnostica strumentale e per immagini;
- 2a.5.4, FKT, medicina fisica e riabilitazione;
- 2a.5.5, emodialisi;
- 2a.5.6, medicina dello sport (costi da trasferire nell'area dell'assistenza collettiva, centro 1.7.3).

Il costi diretti da rilevare nel centro sono:

- il costo del CUP,⁸

- il costo del personale dipendente addetto a tale attività;
- il costo dei medici convenzionati interni addetti a tale attività, da allocare nella colonna "prestazioni sanitarie", rilevati nei conti CE BA0460, medicina dei servizi, e BA0570, medici Sumai;
- il costo dei medici dipendenti ospedalieri che prestano la loro attività nei poliambulatori territoriali, scorporato dal centro di prima imputazione;
- il costo dei trasporti ordinari necessari per garantire agli utenti che ne hanno diritto l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, da allocare nella colonna "prestazioni sanitarie", se garantiti dagli appositi servizi (pubbliche assistenze ecc.) e registrati nel conto CE BA1090, e nella colonna "servizi non sanitari", se garantito in altro modo (buoni taxi ecc.) e registrati nel conto CE BA1630;
- il costo dei beni consumati in tali ambulatori, in base agli scarichi di magazzino;
- il costo dei servizi sanitari e non destinati specificamente a tali ambulatori.

⁸ In alternativa è possibile prevedere il CUP come centro di costo ausiliario comune per l'assistenza ambulatoriale ed ospedaliera, articolando i suoi costi tra ambulatorio territoriale, ambulatorio ospedaliero e ricoveri ospedalieri.

Allegato A.4

Le precedenti voci costituiscono i costi della produzione diretta di prestazioni.

Peraltro il centro rileva anche i costi relativi all'acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da soggetti erogatori accreditati e contrattati, da allocare nella colonna "prestazioni sanitarie"; il costo deve essere pari al conto CE BA0530 meno il conto BA0570.

Come già detto nel § 6 della prima parte, ai fini dell'analisi dei costi della produzione, occorre articolare i costi nelle due componenti:

- prestazioni finali;
- prestazioni intermedie.

L'articolazione dei costi tra i sei centri (dopo il ribaltamento dei costi comuni dell'area e dei costi generali) deve essere effettuato separatamente per:

- i costi dei poliambulatori territoriali a gestione diretta (tutte le macrovoci ad accezione della macrovoce prestazioni sanitarie finali);
- i costi delle prestazioni ambulatoriali acquistate da soggetti erogatori esterni (macrovoce prestazioni sanitarie finali).

L'articolazione dei costi rilevati complessivamente tra i sei centri può avvenire in base alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni.

2a.6 – Consulori

Il centro corrisponde al sub-livello LA 20802, assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori).

Il centro di rilevazione è articolato in due parti:

- 2a.6.1 - consultori;
- 2a.6.2 – *screening*.

Il centro comprende i seguenti costi diretti:

- costo del personale dedicato a tempo pieno a tale attività;

Allegato A.4

- quota parte del costo del personale assegnato ad altro centro che lavora stabilmente per il consultorio;⁹
- altri costi diretti.

2a.7 – Assistenza integrativa e protesica

Il centro di rilevazione è articolato in due parti:

- 2a.7.1 – assistenza integrativa;
- 2a.7.2 – assistenza protesica;

che corrispondono a due livelli assistenziali LA:

- 20500, assistenza integrativa;
- 20700, assistenza protesica.

La revisione del modello LA prevede l'articolazione del livello 20700:

- 20701, fornita ai disabili in ADI/ADP;
- 20702, fornita ai disabili in RSA/Case protette e in assistenza semiresidenziale;
- 20703, fornita agli altri disabili che ne hanno diritto.

2a.7, assistenza integrativa e protesica

Centro di imputazione dei costi comuni per i due centri 2a.7.1-2 (costi della struttura addetta a tale assistenza), da ribaltare sui centri 2a.7.1-2.

2a.7.1, assistenza integrativa

2a.7.2, assistenza protesica

⁹ In base all'organizzazione aziendale l'attività consultoriale può essere prevista come componente dell'attività dei centri di responsabilità ospedalieri di pediatria e di ostetricia-ginecologia (dando luogo ad un ulteriore centro di costo nell'ambito della SC) oppure con una distinta organizzazione. In tale caso il tempo dedicato dai medici ospedalieri alle attività consultoriale viene scorporato dai conti dei rispettivi centri prima di procedere all'articolazione tra i centri di costo previsti nell'ambito delle specialità interessate.

Allegato A.4

I due centri rilevano in prima istanza i soli costi dei beni sanitari da fornire agli utenti, collocati nelle voci economiche “consumi sanitari” o “prestazioni sanitarie” in base al tipo di acquisto/fornitura.

I costi registrati nella voce “prestazioni sanitarie” devono corrispondere rispettivamente ai conti CE BA0700 e BA0750.

2a.8 – Assistenza ai disabili

Il centro di rilevazione è articolato in tre parti:

- 2a.8.1 – ambulatoriale e domiciliare;
- 2a.8.2 – semiresidenziale;
- 2a.8.3 – residenziale;

che corrispondono ai sub-livelli assistenziali LA:

- 20804, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare riabilitativa ai disabili;
- 20902, assistenza territoriale semiresidenziale riabilitativa ai disabili;
- 21002, assistenza territoriale residenziale riabilitativa ai disabili.

Il centro di rilevazione non comprende le prestazioni ambulatoriali erogate ai soggetti disabili nell’ambito dell’assistenza specialistica ambulatoriale (prestazioni rilevate nel file C, centri di rilevazione 2a.5-5 bis.4) e le prestazioni ospedaliere erogate ai disabili dalle competenti strutture di riabilitazione (prestazioni rilevate nel file A, codici 28, 56 e 75, centri di rilevazione 3a e 3b).

2a.8.1, Assistenza ambulatoriale e domiciliare ai disabili

Comprende:

- i costi relativi all’assistenza gestita direttamente, con proprio personale, dipendente o con altro rapporto di lavoro (rilevati in contabilità nel conto CE BA1350) o in *service* (rilevati nel conto CE BA1490);
- i costi relativi all’assistenza erogata da terzi soggetti erogatori, imputati alla voce “prestazioni sanitarie”, rilevati in contabilità al conto CE BA0640 (unitamente ai costi dell’attività semiresidenziale e residenziale); i costi devono essere coerenti con la valorizzazione tariffaria degli accessi ambulatoriali rilevati nel modello RIA.11, quadro H;
- i costi riferiti alle attività di coordinamento generale, ivi compresi i costi riferibili ai rapporti con i soggetti gestori esterni, accreditati e contrattati, per tutte le tipologie di attività svolta. Tali costi

Allegato A.4

sono imputati direttamente se l'attività è svolta da personale dedicato a tempo pieno o in misura prevalente all'attività a favore dei disabili; in caso contrario tali costi sono compresi nei costi comuni diretti distrettuali.

2.a.8.2, Assistenza semiresidenziale ai disabili

2.a.8.3, Assistenza residenziale ai disabili

Comprendono:

- i costi relativi alle eventuali strutture in gestione diretta: personale ecc.;
- i costi relativi alle prestazioni erogate da soggetti terzi, nella macrovoce economica "prestazioni sanitarie", rilevati in contabilità al conto BA0640 (unitamente ai costi dell'attività ambulatoriale). I costi devono essere coerenti con la valorizzazione tariffaria delle giornate di assistenza rilevate nel modello RIA.11, quadro H, e nel modello STS.24, quadri F e G, tipo assistenza 4.

2a.9 – Assistenza agli anziani non autosufficienti

Il centro di rilevazione è articolato in tre parti:

- 2a.9.1 – ambulatoriale;
- 2a.9.2 – semiresidenziale;
- 2a.9.3 – residenziale;

che corrispondono ai sub-livelli assistenziali LA:

- 20806, assistenza territoriale ambulatoriale (e domiciliare) agli anziani;
- 20904, assistenza territoriale semiresidenziale agli anziani;
- 21004, assistenza territoriale residenziale agli anziani.

2a.9.1, assistenza ambulatoriale agli anziani non autosufficienti

Comprende:

- i costi relativi alle unità di valutazione geriatrica e per le demenze senili;
- i costi riferiti alle attività di coordinamento generale, ivi compresi i costi riferibili ai rapporti con i soggetti gestori esterni, accreditati e contrattati (se svolte da personale dedicato a tempo pieno o in misura prevalente all'attività a favore degli anziani non autosufficienti; in caso contrario tali costi sono compresi nei costi comuni diretti distrettuali).

Allegato A.4

2a.9.2, assistenza semiresidenziale agli anziani non autosufficienti

2a.9.3, assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti

Comprendono:

- i costi relativi alle eventuali strutture in gestione diretta (personale ecc.), anche mediante service, con costi rilevati nel conto BA1490;
- i costi relativi alle prestazioni erogate da soggetti terzi, nella macrovoce economica prestazioni sanitarie, rilevati in contabilità nel conto BA1140. I costi devono essere coerenti con le giornate di assistenza rilevate nel modello STS.24, quadri F e G, tipo assistenza 2, e nel flusso NSIS-FAR.

2a.10 – Assistenza residenziale per affetti da HIV

Il centro di rilevazione corrisponde al sub-livello LA 21005, assistenza territoriale residenziale a persone affette da HIV.

L'attuale modello LA prevede l'assistenza alle persone affette da HIV in altri due sub-livelli assistenziali:

- 20808, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare a persone affette da HIV;
- 20905, assistenza territoriale semiresidenziale a persone affette da HIV.

La revisione del modello LA prevede la soppressione dell'attuale codice 20808, in considerazione del fatto che l'assistenza domiciliare è rilevata nell'ADI e che non è prevista l'assistenza ambulatoriale per le persone affette da HIV.

Il codice 20905 viene invece mantenuto modificando il suo contenuto (" HIV e altro"), comprendendo in tale ambito l'attività semiresidenziale svolta dagli "ospedali di comunità" e le "attività residuali", non riconducibili agli altri codici. Da valutare se prevedere un nuovo centro di costo.

Il centro 2a.10 comprende:

- i costi relativi alle eventuali strutture in gestione diretta: personale ecc.;
- i costi relativi alle prestazioni erogate da soggetti terzi, nella macrovoce economica prestazioni sanitarie.

2a.11 – Assistenza idrotermale

Allegato A.4

Il centro di rilevazione corrisponde al livello assistenziale LA 21100, assistenza idrotermale.

Il centro rileva solo i costi corrisposti alle aziende termali e la mobilità passiva, nella voce economica prestazioni sanitarie che deve corrispondere al conto CE BA1030.

2a.12 - Assistenza presso strutture interne delle carceri

Il centro di rilevazione corrisponde al nuovo livello assistenziale LA 22000, assistenza presso strutture interne alle carceri, previsto dalla revisione del modello LA.

Fino all'attivazione del nuovo modello LA i costi relativi a tale funzione vengono allocati nei vari livelli/sub-livelli assistenziali interessati: medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza per le dipendenze ecc.

2a.13 - Costi comuni cure primarie

Il centro di rilevazione comprende i costi diretti comuni dell'assistenza distrettuale:

- costi dei direttori di distretto e degli uffici di loro pertinenza;
- costi del personale amministrativo addetto alle attività distrettuali, se non imputato ai sub-livelli assistenziali.

I costi comuni dell'assistenza distrettuale, seguendo la metodologia generale prevista dalle istruzioni ministeriali per il modello LA relative ai centri ausiliari, possono essere articolati tra i vari sub-livelli in base a specifici criteri. Nel caso delle cure primarie si propone di applicare il criterio dell'incidenza del costo del personale integrato dal costo del personale medico convenzionato che opera nell'ambito delle attività dirette aziendali (gm, medicina dei servizi, 118, specialisti convenzionati interni).

Allegato A.4

3. GLI ALTRI CENTRI DI RILEVAZIONE

2b - Assistenza farmaceutica territoriale

Il centro di responsabilità è articolato in tre parti:

- 2b.1 – assistenza convenzionata;
- 2b.2 – distribuzione diretta;
- 2b.3 – distribuzione per conto;

che corrispondono al livello assistenziale LA 20400, assistenza farmaceutica, a sua volta articolato in:

- 20401, assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate;
- 20402, altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica.

La proposta di revisione del modello LA prevede di articolare il codice 20402, ridenominato 20420, in tre righe:

- 20421, erogata a pazienti assistiti in ADI/ADP;
- 20422, erogata a pazienti assistiti in RSA/case protette e in assistenza semiresidenziale;
- 20423, erogata agli altri pazienti che ne hanno diritto.

Tale articolazione verrà integrata con un ulteriore codice, 20424, relativo ai farmaci utilizzati in ambulatorio non remunerati con il relativo tariffario e, conseguentemente, rilevati nel file F.

2b – assistenza farmaceutica territoriale

Il centro di responsabilità “assistenza farmaceutica territoriale” costituisce un centro di costo di prima imputazione dei costi comuni alle due aree, da articolare successivamente in base all'incidenza del costo dei farmaci.

Comprende come costo diretto quello del personale addetto al servizio, da articolare tra i due centri di costo in base al riparto del tempo dedicato alle rispettive attività.

2b.1 – assistenza farmaceutica convenzionata

Allegato A.4

Comprende come costo diretto quello dell'assistenza farmaceutica in convenzione, ivi compresi i costi aggiuntivi a quelli dei farmaci (indennità farmacie disagiate ecc.), macrovoce economica prestazioni sanitarie, rilevati in contabilità nel conto CE BA0490.

2b.2 – distribuzione diretta

2b.3 – distribuzione per conto

Comprendono i seguenti costi diretti:

- costo dei farmaci acquistati per la distribuzione diretta e per conto, come rilevati dal file F, macrovoce economica consumi sanitari;
- costo dei farmaci utilizzati in ambulatorio non remunerati con il relativo tariffario e, conseguentemente, rilevati nel file F;
- costo della provvigione riconosciuta alle farmacie convenzionate per la distribuzione per conto, macrovoce economica prestazioni sanitarie, rilevato in contabilità nel conto BA0960;
- eventuale costo del personale addetto alla distribuzione dei farmaci (se il piano aziendale prevede un centro di costo ad hoc; in caso contrario il costo può essere compreso nel centro 2b).

2c – Salute mentale

Il centro di responsabilità è articolato in quattro centri di costo:

- 2c.1 – assistenza ambulatoriale e domiciliare;
- 2c.2 – neuropsichiatria in età evolutiva;
- 2c.3 – semiresidenziale;
- 2c.4 – residenziale;

che corrispondono ai sub-livelli assistenziali LA:

- 20803, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare psichiatrica;
- 20804, assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva (sub-livello previsto dalla proposta di revisione);
- 20901, assistenza territoriale semiresidenziale psichiatrica;
- 21001, assistenza territoriale residenziale psichiatrica.

2c.1 – assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare psichiatrica

Allegato A.4

Comprende non solo i costi relativi all'assistenza ambulatoriale (CSM, DH territoriale ecc.) ma anche i costi riferiti alla direzione del dipartimento ed alle attività di coordinamento generale, ivi compresi i costi riferibili ai rapporti con le strutture semiresidenziali e residenziali gestite da soggetti terzi, accreditati e contrattati.

2c.3 – assistenza semiresidenziale psichiatrica

2c.4 – assistenza residenziale psichiatrica

Rilevano:

- i costi relativi alle eventuali strutture in gestione diretta: personale, farmaci ecc.. I costi devono essere coerenti con le giornate rilevate per le strutture a gestione diretta nel modello STS.24, tipo assistenza 1 (assistenza psichiatrica) e 3 (assistenza ai disabili psichici);
- i costi relativi alle prestazioni erogate da soggetti terzi, nella macrovoce economica prestazioni sanitarie, rilevati in contabilità nel conto BA0900. I costi relativi alle strutture operanti nel proprio territorio, rilevati nel conto BA0940 devono essere coerenti con le giornate rilevate per le strutture esterne nel modello STS.24, tipo assistenza 1 (assistenza psichiatrica) e 3 (assistenza ai disabili psichici).

2d – Assistenza per le dipendenze

Il centro di responsabilità è articolato in tre centri di costo:

- 2d.1 – assistenza ambulatoriale e domiciliare;
- 2d.2 – assistenza semiresidenziale;
- 2d.3 – assistenza residenziale;

che corrispondono ai sub-livelli assistenziali LA:

- 20805, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare ai tossicodipendenti;
- 20903, assistenza territoriale semiresidenziale ai tossicodipendenti;
- 21003, assistenza territoriale residenziale ai tossicodipendenti.

2d.1 – assistenza ambulatoriale e domiciliare per le dipendenze

Allegato A.4

Il centro 2d.1 rileva non solo i costi relativi all'assistenza ambulatoriale (Sert)¹⁰ ma anche i costi riferiti alla direzione del dipartimento/struttura ed alle attività di coordinamento generale, ivi compresi i costi riferibili ai rapporti con le strutture semiresidenziali e residenziali gestite da soggetti terzi, accreditati e contrattati.

2d.2 – assistenza semiresidenziale per le dipendenze

2d.3 – assistenza residenziale per le dipendenze

Comprendono:

- i costi relativi alle eventuali strutture in gestione diretta: personale, farmaci ecc.;
- i costi relativi alle prestazioni erogate da soggetti terzi, nella macrovoce economica prestazioni sanitarie, rilevati in contabilità nel conto BA1140.

2e – Assistenza ai malati terminali

Il centro di responsabilità è articolato in tre centri di costo:

- 2e.1 – assistenza ambulatoriale;
- 2e.2 – *day hospice*;
- 2e.3 – *hospice*;

che corrispondono agli attuali sub-livelli assistenziali LA:

- 20807, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare ai malati terminali;
- 20906, assistenza territoriale semiresidenziale ai malati terminali;
- 21006, assistenza territoriale residenziale ai malati terminali.

La revisione del modello LA prevede la soppressione dell'attuale codice 20807, in considerazione del fatto che l'assistenza domiciliare è rilevata nell'ADI.

Comprende:

- i costi relativi alle eventuali strutture in gestione diretta (personale ecc.), anche tramite service, con costi rilevati nel conto CE BA1490;
- i costi relativi alle prestazioni erogate da soggetti terzi, nella macrovoce economica prestazioni sanitarie, rilevati in contabilità nel conto CE BA1140. I costi devono essere coerenti con le giornate rilevate nel modello STS.24, tipo assistenza 5, e con l'apposito nuovo flusso informativo.

¹⁰ I costi dell'assistenza domiciliare devono essere rilevati nell'apposito codice.

Allegato A.4

4. COSTI COMUNI E SUPPORTO

4.1 Costi comuni distretto

Il centro accoglie i costi comuni del distretto non riferibili alle sole cure primaria (rilevati nel centro 2.a.13) ma tutti i centri che compongono tale livello.

4.2 Supporto non sanitario

Il centro accoglie i costi relativi alle sedi utilizzate dall'area: servizi non sanitari, manutenzione, ammortamenti.

I costi comuni dell'assistenza distrettuale, seguendo la metodologia generale prevista dalle istruzioni ministeriali per il modello LA relative ai centri ausiliari, possono essere articolati tra i vari sub-livelli in base a specifici criteri. In assenza di parametri specifici si prevede di applicare il criterio dell'incidenza del costo totale del personale.

5. I RIBALTAMENTI

Nello sviluppo della contabilità analitica occorre prevedere i seguenti ribaltamenti:

- costi dei servizi intermedi riferibili alle attività ambulatoriali (centri 3b.X.2). Il ribaltamento avviene in base ai costi pieni dei centri intermedi (ovvero comprensivi dei costi generali); i costi devono essere totalmente imputati al sub-livello assistenziale interessato in base all'incidenza della valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate;
- costi degli ambulatori ospedalieri (centri 3c). Il ribaltamento avviene in base ai costi pieni dei centri intermedi (ovvero comprensivi dei costi generali); i costi devono essere totalmente imputati al sub-livello assistenziale interessato in base all'incidenza della valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate;
- costi comuni dell'area;
- costi generali.

Allegato A.4

PARTE II – IL PIANO DEI CENTRI DI RILEVAZIONE

C - AREA OSPEDALIERA

1. IL PIANO DEI CENTRI DI RILEVAZIONE

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

- i singoli sub-livelli assistenziali per singolo ospedale e aggregati per il modello LA;
- i costi complessivi dei singoli ospedali, aggregando 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, in analogia ai distretti.

La gestione diretta dell'assistenza ospedaliera viene rilevata con riferimento ai singoli presidi, articolati nelle seguenti macroarticolazioni:

- centri con attività di ricovero: uno per struttura complessa (o semplice dipartimentale), corrispondente al relativo centro di responsabilità;
- centri senza attività di ricovero: uno per struttura complessa (o semplice dipartimentale), corrispondente al relativo centro di responsabilità;
- centri di anestesia e rianimazione: uno per struttura complessa (o semplice dipartimentale), corrispondente al relativo centro di responsabilità;
- poliambulatorio centralizzato: un centro di costo per ogni poliambulatorio centralizzato;
- pronto soccorso: uno per ospedale;
- centri di supporto sanitari, con un livello di dettaglio da definire, idoneo a rilevare la diversa incidenza nei presidi (ad esempio, per la presenza solo in alcuni presidi di alcune attività di supporto, come la fisica sanitaria);
- centri di supporto non sanitari.

2. CENTRI CON ATTIVITÀ DI RICOVERO

Rientrano nei centri con attività di ricovero le strutture complesse o semplici dipartimentali (centri di responsabilità) che svolgono prioritariamente e prevalentemente attività ospedaliera degenziale e che sono

Allegato A.4

classificate con dotazione di posti letto nel regolamento relativo agli standard ospedalieri ex art. 15 del d.l. 95/2012 convertito con la l. 135/2012.

DISCIPLINE	codici ministeriali
Astanteria e Medicina di urgenza	51
Cardiochirurgia	7
Cardiologia	8
Chirurgia generale	9
Chirurgia plastica	12
Chirurgia toracica	13
Chirurgia vascolare	14
Dermatologia	52
Ematologia	18
Gastroenterologia	58
Geriatrics	21
Lungodegenti	60
Malattie endocrine del ricambio e nutrizionali	19
Malattie infettive e tropicali	24
Medicina generale	26
Nefrologia	29
Neonatologia e patologia neonatale	62
Neurochirurgia	30
Neurologia	32
Nido	31
Oculistica	34
Oncologia	64
Ortopedia e traumatologia	36
Ostetricia e ginecologia	37
Otorinolaringoiatria	38
Neuroriabilitazione	75
Pediatria	39
Pneumologia	68
Psichiatria	40
Recupero e riabilitazione funzionale	56
Reumatologia	71

Allegato A.4

Terapia intensiva e rianimazione	49
Terapia intensiva neonatale	73
Unità coronarica	50
Urologia	43
STRUTTURE DI DEGENZA MULTIDISCIPLINARI	
Day hospital multispecialistico	2
Day surgery multispecialistico	98
Pensionanti	67

Le unità operative autonome di una disciplina compresa nel precedente elenco che, per le caratteristiche funzionali dell'azienda, non svolgono attività di degenza ma solo attività di consulenza a favore dei centri di degenza ed attività ambulatoriale sono trattate come centri senza attività di ricovero.

Il centro "terapia intensiva e rianimazione" viene attivato in presenza di una struttura autonoma dedicata esclusivamente a tale attività. Se la struttura è dedicata anche all'attività di anestesia viene attivato il centro 3c.

I costi dei centri con attività di ricovero devono essere articolati per tenere conto delle varie attività svolte:

- 3a.X.1 - degenza ordinaria;
- 3a.X.2 - degenza diurna;
- 3a.X.3 - attività ambulatoriale (esclusi PAC);
- 3a.X.4 - PAC;
- 3a.X.5 - *screening*;
- 3a.X.6 - attività a favore del PS;
- 3a.X.7 - 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) e dei centri 3h.2.1-2 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) e del centro 3h.3 viene allocata nel codice LA 30500.

La somma dei costi del centro 3a.X.1 relativo alla lungodegenza (codice 60) e del centro 3h.4 viene allocata nel codice LA 30400.

Allegato A.4

Nel caso di attivazione di posti letto delle discipline 28 e 75 vengono attivati appositi centri di rilevazione:

- autonomi centri di responsabilità nel caso di attivazione di strutture complesse o semplici dipartimentali;
- centri di costo nell'ambito del centro di responsabilità di pertinenza, nel caso di attivazione di strutture semplici.

3. CENTRI SENZA ATTIVITA' DI RICOVERO

Rientrano nei centri senza attività di ricovero:

- i centri intermedi, ovvero le strutture complesse o semplici dipartimentali (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 nel regolamento relativo agli standard ospedalieri ex art. 15 del d.l. 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, prevalentemente per attività ambulatoriale.

In entrambi i casi occorre prevedere un centro per ogni struttura (complessa o semplice dipartimentale).

La caratteristica dei centri senza attività di degenza è costituita dalla possibilità di ripartire i relativi costi tra i vari livelli e sub-livelli assistenziali in base alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate.

Nel caso dei centri con posti letto utilizzati per i pazienti trattati occorre preliminarmente scorporare il costo specifico di tale assistenza (ovvero il solo costo della degenza); il costo residuo del centro viene ripartito tra i livelli assistenziali (compresa la degenza) in base alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate.

DISCIPLINE RELATIVE AI SERVIZI INTERMEDI	codici ministeriali
Anatomia e istologia patologica	3
Emodinamica	
Immunologia e centro trasfusionale	20
Laboratorio analisi chimico-cliniche	
Medicina nucleare	61

Allegato A.4

Microbiologia e virologia	
Neuroradiologia	
Radiologia	69
Radioterapia	70
Terapia intensiva e rianimazione	49

In considerazione delle peculiarità organizzative, i servizi intermedi di terapia intensiva e rianimazione sono trattati separatamente nel successivo §4.

I costi dei centri senza attività di ricovero devono essere articolati per tenere conto delle varie attività svolte:

- 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 occorre scorporare i costi relativi alla degenza:

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

Il costo totale dei centri senza attività di ricovero 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). Il ribaltamento, in base alle linee guida ministeriali, può avvenire in base all'incidenza del costo del personale.

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

Si rinvia ad una fase successiva la valutazione sull'utilizzo di tariffari diversi per le prestazioni rese a favore del PS, per tenere conto dei maggiori costi connessi all'attività in urgenza e i minori costi per gli *screening*.

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 per il ribaltamento.

Allegato A.4

4. CENTRI DI ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA

Le strutture (complesse) di anestesia e rianimazione vengono considerate separatamente da quelle delle altre discipline (3.a e 3b) per le caratteristiche dell'attività svolta:

- attività di degenza (terapia intensiva e sub intensiva, codice 49), solo in parte equiparabile all'attività svolta negli altri reparti. Infatti le prestazioni erogate in tali unità operative rappresentano nella maggioranza dei casi una parte intermedia di un ricovero con entrata e dimissione da parte di altro reparto;
- attività di anestesia svolta in sala operatoria, da imputare al centro di supporto sanitario "anestesia e blocco operatorio" (3f) assieme ai costi diretti di tale centro (personale non medico addetto a tempo pieno a tale centro), da ribaltare ai centri che utilizzano le sale operatorie;
- attività di anestesia svolta al di fuori della sala operatoria, ad esempio nelle prestazioni di gastroenterologia;
- visite pre intervento;
- attività ambulatoriale (terapia antalgica).

5. POLIAMBULATORI OSPEDALIERI

Le attività ambulatoriali ospedaliere possono essere organizzate con due modalità:

- centralizzazione, mediante una specifica organizzazione dedicata (con proprio personale sanitario non medico), che raccoglie specialisti delle varie strutture presenti in ospedale;
- periferizzazione, ovvero mediante ambulatori distribuiti nel presidio ospedaliero, tendenzialmente contigui al reparto di riferimento, con il possibile utilizzo del personale non medico addetto al reparto. Rientrano in questo ambito le attività ambulatoriali dei servizi intermedi, che vengono di norma organizzate autonomamente dai vari servizi. Anche nel caso di un punto prelievo ubicato in un poliambulatorio il personale addetto è di norma quello proprio del servizio di pertinenza.

Nel caso delle prestazioni periferizzate si prevede la rilevazione dei costi nello specifico centro (3a.X.3-4 e 3b.X.2), con il trasferimento del costo al livello 2.a.5 bis, nell'articolazione pertinente in base alla prestazione erogata (clinica, di laboratorio ecc.).

Nel caso di attività centralizzate è possibile procedere con due soluzioni alternative:

Allegato A.4

- centro di costo di supporto sanitario, prevedendo la sola rilevazione dei costi diretti e specifici (personale non medico addetto al poliambulatorio centralizzato, consumi ecc.). In tale caso i costi del centro vengono ribaltati sui centri in cui operano i medici che svolgono l'attività ambulatoriale;
- centro di costo finale.

Il centro di costo finale poliambulatorio comprende:

- i costi diretti del centro: personale non medico addetto al poliambulatorio a tempo pieno o parziale, materiale di consumo ecc.;
- il costo del personale medico che opera nel poliambulatorio, scorporato dal centro 3a o 3b con la metodologia indicata nella parte I, § 5.).

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

- 3d.1 - attività clinica, esclusa la FKT e l'emodialisi;
- 3d.2 - attività di diagnostica strumentale e per immagini;
- 3d.3 – PAC;¹¹

utilizzando la valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate.

6. PRONTO SOCCORSO

L'attuale modello LA prevede per il pronto soccorso uno specifico sub-livello assistenziale (30100). Le linee guida relative prevedono che "le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero inappropriate devono essere 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".

La proposta di revisione del modello LA prevede di rilevare distintamente i costi del PS in due sottolivelli:

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

¹¹ Non vengono previste le articolazioni relative al laboratorio analisi, a FKT, medicina fisica e riabilitazione e emodialisi perché di norma organizzate autonomamente (ovvero senza utilizzo di fattori produttivi comuni del poliambulatorio). Ovviamente tali articolazioni devono essere attivate se previste nel poliambulatorio, con utilizzo di fattori produttivi comuni.

Allegato A.4

- 30102, attività di pronto soccorso seguita da ricovero.

Ciò al fine di attribuire successivamente i costi ai seguenti sub-livelli:

- 30101 al sub-livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale (attualmente 20600, in futuro 20610);
- 30102 al sub-livello dell'assistenza ospedaliera, ricoveri ordinari (30200).

E' peraltro possibile che la versione definitiva del nuovo modello LA distingua i costi diretti del PS dai costi delle prestazioni di diagnostica e delle consulenze erogate dai centri 3a (3a.X.6) e 3b (3b.X.4)

Pertanto il piano dei centri di rilevazione prevede per il pronto soccorso, di norma identificato come centro di responsabilità (SC), tre centri di costo:

- 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.

Il costo del centro 3d.1 è dato dalla somma delle seguenti componenti:

- costi diretti, ovvero costi imputati direttamente al centro: triage, visite di PS, eventuale OBI;¹²
- ribaltamento dei costi comuni dell'assistenza ospedaliera (ovvero dei presidi ospedalieri a gestione diretta), come rilevati nei centri 3e e 3f;
- ribaltamento dei costi generali aziendali, centri 4.

I centri 3d.2 e 3d.3 registrano i costi ribaltati dai centri 3.a (3.a.X.6) e 3b (3b.X.4).

Nel caso in cui il nuovo modello LA preveda il PS articolato in due parti (accessi seguiti o non seguiti da ricovero) i costi del centro 3d.1 devono essere ribaltati sui centri 3d.2 e 3d.3.

I costi degli accessi non seguiti da ricovero devono essere articolati in coerenza con le prestazioni ambulatoriali, per consentirne la successiva aggregazione:

- attività clinica;

¹² Non comprende, invece, l'attività del reparto di medicina e chirurgia d'urgenza (codice NSIS 51), atteso che l'attività di tale reparto dà luogo a ricoveri ospedalieri registrati con SDO.

Allegato A.4

- attività di laboratorio;
- attività di diagnostica strumentale e per immagini.

7. CENTRI DI SUPPORTO

Il centro di rilevazione 3f, supporto sanitario, comprende le seguenti attività:

- Anestesia e blocco operatorio (un centro per blocco)
- Direzione sanitaria
- Farmacia ospedaliera
- Fisica sanitaria
- Servizio necroscopico
- Centrale sterilizzazione
- Trasporto sanitario

Al fine di determinare criteri uniformi di ribaltamento dei costi indiretti, tali da consentire confronti tra le aziende ed aggregazioni omogenee, è necessario individuare ed utilizzare regole di attribuzione dei costi indiretti che tendenzialmente devono essere le stesse per tutte le aziende. In caso di applicazione di criteri particolari, è necessario esplicitarli in nota.

Relativamente ai centri di supporto sanitario il criterio di ribaltamento è legato ai servizi finali erogati:

- Anestesia e blocco operatorio (un centro per blocco): ore di sala
- Direzione sanitaria: costo del personale sanitario
- Farmacia ospedaliera: consumo di farmaci
- Fisica sanitaria: prestazioni radio diagnostiche richieste ed erogate
- Servizio necroscopico: n. decessi
- Centrale sterilizzazione: ore di sala
- Trasporto sanitario: trasporti richiesti

Il centro di rilevazione 3g, supporto non sanitario, comprende le seguenti attività:

- Accettazione, CUP e cassa
- Centralino
- Centrali tecniche (ossigeno, termica, elettrica, telefonica)
- Cucina e mensa
- Guardaroba e lavanderia

Allegato A.4

- Magazzini economici e tecnici
- Manutenzioni
- Pulizie
- Raccolta rifiuti
- Vigilanza, guardiania e portineria

Per i centri di supporto non sanitario il criterio di ribaltamento è legato ad indicatore di complessità dei centri finali / intermedi:

- Accettazione, CUP e cassa: valore prestazioni ambulatoriali
- Centralino: valore prestazioni ambulatoriali
- Centrali tecniche (ossigeno, termica, elettrica, telefonica): 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: consumo beni non sanitari
- Manutenzioni edili, impianti: mq
- Manutenzione attrezzature sanitarie: valore acquisto
- Pulizie: mq
- Raccolta rifiuti: gg degenza
- Vigilanza, guardiania e portineria: n. utenti

8. ASSISTENZA OSPEDALIERA DA TERZI

Il centro di rilevazione 3h, assistenza ospedaliera da terzi, rileva nella macrovoce “prestazioni sanitarie”, i costi sostenuti per l’acquisto di prestazioni ospedaliere da terzi, con il dettaglio richiesto dal modello LA:

- 3h.1, pronto soccorso;
- 3h.2.1, assistenza ospedaliera acuti diurna;
- 3h.2.2, assistenza ospedaliera acuti ordinaria;
- 3h.3, assistenza ospedaliera di riabilitazione;
- 3h.4, assistenza ospedaliera di lungodegenza.

Allegato A.4

**PARTE II – IL PIANO DEI CENTRI DI RILEVAZIONE
E – AREA COSTI GENERALI**

1. ARTICOLAZIONE

Il piano prevede la rilevazione dei costi generali con la seguente articolazione:

	CdR	tipo CdC						CdA	trasf.ad altro CdC	rif.mod. LA	rif.mod. LA
		F	I	Ss	Sa	C	G				
4 AREA COSTI GENERALI											
1 direzione aziendale e relativo staff, SC amministrative							x				
2 altri costi generali							x				
3 costi per attività ricerca finanziata ad hoc							x				
1 sperimentazione clinica											
2 ricerca di base											
3 ricerca finalizzata											
4 attività di supporto (centro eventuale e residuale)	x						x				
1 area assistenza collettiva											
2 area disgregtuale											
3 area ospedaliera											
4 area costi generali											

2. DIREZIONE AZIENDALE E SC AMMINISTRATIVE

Il centro di rilevazione “direzione aziendale e relativo staff, SC amministrative” comprende le seguenti funzioni/attività:

- Direzione generale
- Affari generali
- Staff direzione aziendale (progr. e controllo, qualità, epidemiologia, comunicazione ecc.)
- Gestione personale
- Risorse finanziarie
- Provveditorato ed economato
- Patrimonio
- Servizio tecnico
- Ingegneria clinica

Allegato A.4

- Sistemi informativi
- Affari legali
- Trasporti non sanitari

Il criterio di ribaltamento del costo dei centri generali, in base alle linee guida nazionali, è il costo del personale, con le seguenti eccezioni:

- Risorse finanziarie: valore della produzione
- Provveditorato ed economato: costi beni e servizi
- Patrimonio: mq
- Servizio tecnico: mq
- Ingegneria clinica: valore della produzione
- Sistemi informativi: costo del personale non sanitario

3. ALTRI COSTI GENERALI

Il centro comprende i seguenti costi:

- Scuole professionali
- Assistenza religiosa
- Lunghe assenze del personale
- Gestione registri

4. ATTIVITA' DI RICERCA

Il centro comprende i costi sostenuti per attività di ricerca finanziata ad hoc. Tali costi, in sede di LA, devono essere ricondotti al livello assistenziale competente.

5. ATTIVITA' DI SUPPORTO

Comprende eventuali costi relativi alle attività di supporto che non è stato possibile attribuire alle macroaree.

I costi sono rilevati nel centro 4.4 e devono essere articolati nelle tre macroaree assistenziali, al fine di poterli valutare congiuntamente con quelli attribuiti direttamente a tali aree.

Allegato A.4

PARTE TERZA – I COSTI DI ESERCIZIO

1. INTRODUZIONE

La contabilità analitica prevede la rilevazione dei costi dei fattori produttivi in base alla macrovoce economiche del modello LA, con alcune articolazioni necessarie per le analisi a livello regionale e sub-regionale.

Le note fanno riferimento alla bozza di revisione del modello LA, versione dicembre 2009, proposta in via sperimentale per la riformulazione del modello LA del 2008:

- consumi e manutenzioni di esercizio:
 - sanitari;
 - non sanitari;
- costi per acquisto di servizi:
 - prestazioni sanitarie;
 - servizi sanitari per erogazione di prestazioni;
 - servizi non sanitari;
- costi del personale:
 - ruolo sanitario;
 - ruolo professionale;
 - ruolo tecnico;
 - ruolo amministrativo;
- altri costi:
 - ammortamenti;
 - sopravvenienze/insussistenze;
 - 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 prevede di scorporare dalla macrovoce economica “consumi sanitari” quelli farmaceutici, anche al fine del raccordo dei dati di bilancio con quelli desumibili dal file F;

Allegato A.4

- la macrovoce “prestazioni sanitarie” dovrebbe comprendere le prestazioni finali acquistate da terzi soggetti erogatori mentre la macrovoce “servizi sanitari per erogazione di prestazioni” dovrebbe comprendere le prestazioni acquistate dalle aziende sanitarie per la produzione diretta, ovvero per l’erogazione delle prestazioni di cui l’azienda sanitaria ha la titolarità. La tavola di raccordo tra il modello CE e il modello LA comprende nella macrovoce “prestazioni sanitarie” anche conti CE che dovrebbero essere allocati nella macrovoce “servizi sanitari per erogazione prestazioni” (il caso più evidente è quello dei medici specialisti ambulatoriali interni, c.d. Medici Sumai, che contribuiscono alla erogazione diretta delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie) o articolati in più conti (come nel caso delle prestazioni intermedie richieste dalle aziende sanitarie a favore di propri ricoverati, di norma rilevate nei conti dell’assistenza ambulatoriale). Per consentire la separata analisi delle prestazioni finali acquistate da terzi soggetti erogatori e della produzione diretta delle prestazioni si prevede l’articolazione della macrovoce “prestazioni sanitarie” in due parti: prestazioni finali e prestazioni intermedie.

2. CONSUMI SANITARI

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. 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 1.8, attività sanitarie ed amministrative comuni dell’assistenza collettiva;
- centro 2a.13, costi comuni cure primarie;
- centro 2f.1, costi comuni distretto;
- centro 3f, centri supporto sanitari.

I costi derivanti dall’eventuale utilizzo di beni sanitari a favore del personale dell’azienda (campagne vaccinali e altro) vanno rilevati nel centro 4.2, altri costi generali.

Allegato A.4

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 ai centri utilizzatori in base ai rispettivi consumi.

3. **CONSUMI NON SANITARI**

I consumi non sanitari devono essere 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 1.9, supporto non sanitario dell'assistenza collettiva;
- centro 2f.2, supporto non sanitario del distretto;
- centro 3g, centri supporto non sanitari;
- centro 4.1, direzione aziendale e SC amministrative;
- centro 4.4, attività di supporto generali (ad esempio, per gli scarichi di materiale per la manutenzione non imputabili direttamente a specifici centri di rilevazione).

4. **PRESTAZIONI SANITARIE**

La macrovoce prestazioni sanitarie, viene articolata in due parti:

- prestazioni finali;
- prestazioni intermedie

BA0430, convenzione medicina generale

- Prestazione finale
- centro 2a.1.1, medicina di base.

BA0440, convenzione pediatria di libera scelta

- Prestazione finale
- centro 2a.1.2, pediatria di libera scelta.

BA0450, convenzione guardia medica

Allegato A.4

- Prestazione finale se il servizio è totalmente gestito da personale in convenzione e se la centrale è unifica con quella del 118, con costi totalmente addebitati al 118. In caso contrario, prestazione intermedia
- centro 2a.2, continuità assistenziale.

BA0460, altre convenzioni mediche

- Prestazioni intermedie, atteso che si tratta di personale inserito nell'organizzazione aziendale e che opera assieme a personale dipendente. Sono compresi in questo conto costi relativi a medici e sanitari convenzionati non riferibili ai precedenti livelli assistenziali della medicina generale, della pediatria e della guardia medica, da collocare in vari livelli assistenziali
- centro 1.7.1, vaccinazioni (medicina dei servizi)
- centro 2a.3, emergenza sanitaria territoriale
- centro 2a.5.2, attività di laboratorio, per gli eventuali medici addetti ai prelievi (medicina dei servizi)
- centro 2a.6.1, consultori
- centro 2d.1, assistenza ambulatoriale per le tossicodipendenze (medicina dei servizi)

BA0470 e BA0480, medicina di base in mobilità passiva

- Prestazione finale
- centro 2a.1.1, medicina di base (imputazione in base al criterio della prevalenza)

BA2840, accantonamento rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA

- centro vari in base al costo delle convenzioni (l'accantonamento riguarda anche le altre convenzioni comprese nel conto BA0460)

E02075 e E02125, sopravvenienze e insussistenze relative alle convenzioni mediche

- centri vari in base al costo delle convenzioni

BA0490, farmaceutica convenzionata

- Prestazione finale
- centro 2b.1, assistenza farmaceutica territoriale convenzionata

BA0960, acquisto prestazioni di distribuzione farmaci file F

- Prestazione finale

Allegato A.4

- centri 2b.2-3, altre forme di assistenza farmaceutica territoriale

BA0530, acquisto servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale, al netto di BA0570 EA0420 e EA0520, sopravvenienze e insussistenze relative alla convenzione per la specialistica

Per le prestazioni ambulatoriali:

- Prestazione finale
- centri 2a.5, assistenza specialistica ambulatoriale territoriale

Per le prestazioni specialistiche acquistate da terzi per i propri ricoverati

- Prestazione intermedia
- 3a, centri con attività di ricovero

BA0570, assistenza specialistica ambulatoriale interna

BA2760, accantonamento premio di operosità

BA2850, accantonamento rinnovi convenzione medici Sumai

EA0420 e EA0520, sopravvenienze e insussistenze relative alla convenzione per la specialistica

- Prestazioni intermedie
- centro 1.1.2, medicina legale (altri eventuali CdR dell'assistenza collettiva, se utilizzano medici Sumai)
- centro 2a.5, assistenza specialistica ambulatoriale territoriale
- centro 2a.6.1, consultori

BA0640, assistenza riabilitativa

- Prestazioni finali
- centro 2a.8.1, assistenza ai disabili ambulatoriale e domiciliare
- centro 2a.8.2, assistenza ai disabili semiresidenziale
- centro 2a.8.3, assistenza ai disabili residenziale

BA0900, assistenza psichiatrica

- Prestazioni finali
- centro 2c.1, assistenza psichiatrica ambulatoriale
- centro 2c.3, assistenza psichiatrica semiresidenziale
- centro 2c.4, assistenza psichiatrica residenziale

BA1140, assistenza sociosanitaria

Allegato A.4

- Prestazioni finali
- centro 2a.4, ADI
- centro 2a.9.1, assistenza ambulatoriale per gli anziani
- centro 2a.9.2, assistenza semiresidenziale per gli anziani
- centro 2a.9.3, assistenza residenziale per gli anziani
- centro 2a.10, assistenza residenziale per i soggetti affetti da HIV
- centro 2d.1, assistenza ambulatoriale per le dipendenze
- centro 2d.2, assistenza semiresidenziale per le dipendenze
- centro 2d.3, assistenza residenziale per le dipendenze
- centro 2e, hospice

BA0700, assistenza integrativa

- Prestazioni finali
- centro 2a.7.1, assistenza integrativa

BA0750, assistenza protesica

- Prestazioni finali
- centro 2a.7.2, assistenza protesica

BA1030, assistenza termale

- Prestazioni finali
- centro 2a.11, assistenza termale

BA1090, trasporti sanitari

- Prestazioni finali
- centro 2a.3, emergenza sanitaria territoriale, per l'attività svolta per il 118
- centro 2a.5, assistenza specialistica, per i trasporti non di urgenza per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali (ivi compresa la dialisi) dei soggetti non deambulanti
- centro 3a, assistenza ospedaliera degenziale, per i trasporti tra ospedali e da ospedale a RSA

BA0800, assistenza ospedaliera

- Prestazioni finali
- centro 3h, assistenza ospedaliera da terzi soggetti erogatori

Allegato A.4

5. SERVIZI SANITARI PER EROGAZIONE PRESTAZIONI

BA1280, rimborsi, assegni e contributi sanitari

Imputazione al centro di riferimento, ad esempio per i contributi alle pubbliche assistenze al centro 2a.3 e per i rimborsi per cure all'estero al centro relativo al tipo di prestazione.

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.

6. SERVIZI NON SANITARI

BA1560, acquisto di servizi non sanitari, al netto di BA1880, formazione

Imputazione ai centri 1.9, 2f.2, 3g 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.

BA1910, manutenzione ordinaria esternalizzata

Imputazione ai centri 1.9, 2f.2, 3g 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.

BA1990, godimento di beni di terzi

Imputazione ai centri 1.9, 2f.2, 3g 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.

7. PERSONALE

Allegato A.4

BA2080, costo del personale

Imputazione in base alla attribuzione del personale ai centri di rilevazione.

BA2860, BA2870 e BA2880, accantonamento rinnovi contrattuali

EA0370 e EA0500, sopravvenienze e insussistenze relative al personale

YA0020, IRAP relativa a personale dipendente

Imputazione proporzionale al costo del personale.

8. AMMORTAMENTI

BA2560, ammortamenti

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 il costo degli ammortamenti dei beni immobili avviene con l'imputazione ai centri di rilevazione 1.9, 2f.2, 3f, 3g, 4.1 e 4.4 in base alla localizzazione del bene, per il successivo ribaltamento sui centri delle macroaree sanitarie.

9. SOPRAVVENIENZE E INSUSSISTENZE

EA0260, oneri straordinari, al netto EA0370, EA0410, EA0420, EA0500, EA0510, 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.

10. ONERI FINANZIARI, SVALUTAZIONI E MINUSVALENZE

CA0110, interessi passivi

CA0150, altri oneri

DA0020, svalutazioni

EA0270, minusvalenze

Imputazione al centro 4.2, altri costi generali.

Allegato A.4

11. **ALTRI COSTI**

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.