



Spedizione in abbonamento postale – 70% Div. Corr. D.C.I. - AQ

ANNO XXXIV

N. 115 Speciale
(Sanità)

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE ABRUZZO

PARTE I, II, III, IV - L' AQUILA, 31 OTTOBRE 2003 -

DIREZIONE – REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Corso Federico II, n. 51 – 67100 L'Aquila.- Telefono (0862) 3631 (n. 16 linee urbane); 364662 – 364690 – 364660 – Fax 364665

PREZZO E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO: Canone annuo: € 77,47 (L. 150.000) – Un fascicolo: € 1,29 (2.500) – Arretrati, solo se ancora disponibili € 1,29 (L. 2.500).

Le richieste di numeri mancati non verranno esauditi trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione.

INSERZIONI: La pubblicazione di avvisi, bandi, deliberazioni, decreti ed altri atti in generale (anche quelli emessi da organi regionali) per conto di Enti, Aziende, Consorzi ed altri Soggetti è effettuata a pagamento, tranne i casi in cui, tali atti, attengano l'interesse esclusivo della Regione e dello Stato. Le richieste di pubblicazione di avvisi, , bandi, ecc. devono essere indirizzate, con tempestività, esclusivamente alla Direzione del Bollettino Ufficiale, Corso Federico II, n. 51 – 67100 L'Aquila – Il testo da pubblicare, in duplice copia, di cui una in carta da bollo (tranne i casi di esenzione), deve essere inviato unitamente alla ricevuta del versamento in c/c postale dell'importo di € 1,81 (L. 3.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per titoli e oggetto che vanno in neretto e di € 1,29 (L. 2.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per il testo di ciascuna inserzione. Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo “dalla data di pubblicazione sul B.U.R.A.”.

Tutti i versamenti vanno effettuati sul ccp n. 12101671 intestato a: Regione Abruzzo – Bollettino Ufficiale – 67100 L'Aquila.

AVVERTENZE: Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo si pubblica a L'Aquila e si compone di quattro parti: a) nella parte prima sono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti dei Presidenti della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali – integralmente o in sintesi – che possono interessare la generalità dei cittadini; b) nella parte seconda sono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione; c) nella parte terza sono pubblicati gli annunci e gli altri avvisi di interesse della Regione o di terzi la cui inserzione – gratuita o a pagamento – è prevista da leggi e da regolamenti della Regione e dello Stato (nonché quelli liberamente richiesti dagli interessati); d) nella parte quarta sono pubblicati per estratto i provvedimenti di annullamento o di rinvio del Comitato e delle Sezioni di controllo sugli atti degli Enti Locali. – Nei Supplementi vengono pubblicati: gli atti riguardanti il personale, gli avvisi e i bandi di concorso della Regione, le ordinanze, i ricorsi depositati, le sentenze e le ordinanze di rigetto, relative a questioni di legittimità costituzionale interessanti la Regione, nonché le sentenze concernenti l'ineleggibilità e l'incompatibilità dei Consiglieri Regionali. In caso di necessità si pubblicano altresì numeri Straordinari e Speciali.

SOMMARIO

Parte I

Leggi, Regolamenti ed Atti della Regione

ATTI

**DELIBERAZIONI DELLA
GIUNTA REGIONALE**

DETERMINAZIONE 26.09.2003, n. 811:

*LINEE GUIDA SUL CONTROLLO DI GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI
DELLA REGIONE ABRUZZO*

PARTE I

LEGGI, REGOLAMENTI ED ATTI DELLA REGIONE

ATTI

**DELIBERAZIONI DELLA
GIUNTA REGIONALE**

DETERMINAZIONE 26.09.2003, n. 811:

**Linee guida sul Controllo di gestione delle Aziende Sanitarie Locali della Regione
Abruzzo**

Omissis

LA GIUNTA REGIONALE

Visti l'art. 5 (Patrimonio e contabilità) del Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 che attribuendo alle Regioni il ruolo di emanare norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle aziende sanitarie prevede, tra l'altro, "la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati";

- la Legge Regionale n. 146/1996 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, <<Riordino della disciplina in materia sanitaria>>, così come modificato dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 che:
 - all'art. 2 (Funzioni di governo della Regione), tra l'altro, recita: "1. Gli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale sono perseguiti, coerentemente con gli indirizzi della programmazione nazionale, tramite: i) la verifica e il controllo finalizzati a garantire che i comportamenti effettivi delle aziende, pubbliche e private, siano conformi all'obiettivo del mantenimento dell'equilibrio generale del sistema sanitario regionale; l) la realizzazione di un sistema informativo che fornisca un quadro consolidato delle attività svolte, delle prestazioni erogate e delle risorse impiegate, anche per le verifiche e i controlli di cui alla lettera precedente";
 - all'art. 3 (Il Controllo Regionale) tra l'altro prevede: "b) l'attivazione di un sistema di monitoraggio sulle caratteristiche strutturali e funzionali delle Aziende anche attraverso la definizione delle informazioni idonee ad attuare confronti e valutazioni sui livelli di efficienza ed in generale sulla qualità della gestione; e) l'analisi e la valutazione dei risultati gestionali raggiunti dalle Aziende, rilevati tramite il sistema di monitoraggio di cui al precedente punto b) e tramite gli strumenti gestionali adottati dalle Aziende stesse";
 - all'art. 29 (Il Controllo di Gestione) dispone: "1. Per favorire il raggiungimento degli obiettivi di gestione, eventualmente formalizzati nel budget d'azienda, le Aziende si dotano di un insieme articolato ed organico di strumenti informativi che consentano la

raccolta, l'analisi e la diffusione di dati ed altre informazioni utili all'attività di controllo della gestione. 2. Il controllo di gestione si avvale dei dati e delle informazioni prodotti dalla contabilità generale e dal correlato sistema dei bilanci, dalle contabilità analitiche, dal sistema di budget e da altre parti del sistema informativo dell'Azienda per orientare le scelte di gestione anche attraverso la determinazione analitica degli scostamenti. 3. La rilevazione analitica degli scostamenti avviene, di norma, per confronto tra gli obiettivi programmatici espressi del budget, e dati effettivi consuntivi, con riguardo ai volumi delle risorse complessivamente assorbite, ai singoli fattori produttivi impiegati e ai risultati ottenuti ed espressi da opportuni indicatori";

- il Decreto Legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 che pone in capo alle Regioni, tra l'altro, i seguenti adempimenti al fine di ottenere dallo Stato l'incremento del finanziamento del SSN in attuazione dell'Accordo Stato – Regioni dell'8 agosto 2001:
 - abbiano adempiuto agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa (DM Sanità del 16 febbraio 2001, DM Sanità di concerto con il Tesoro del 28 maggio 2001 e punto 2 dell'Accordo dell'8 agosto 2001);
 - si impegnino a mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A. (Accordo 22 novembre 2001 tra Governo, Regioni e Province Autonome sui L.E.A., attuativo dei punti 2 e 15 dell'Accordo dell'8 agosto 2001 e DPCM del 29 novembre 2001);
 - si impegnino a mantenere la stabilità della gestione, tramite misure di contenimento della spesa (strumenti di controllo della domanda, riduzione della spesa sanitaria, applicazione di strumenti fiscali) (art. 4, comma 3, L. 405/2001 attuativo del punto 2 dell'Accordo dell'8 agosto 2001);
- l'art. 4 del D.L. 15 aprile 2002, n. 63 convertito in L. 15 giugno 2002, n. 112 che estende agli anni 2002, 2003 e 2004 i suddetti adempimenti ed obblighi delle Regioni al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'art. 40 della L. 28 dicembre 2001, n. 448;

Considerato che con bando approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 1106 del 9 agosto 2000, inviato alla Gazzetta Ufficiale della Comunità Europea in data 12 settembre 2000, la Regione Abruzzo ha indetto una gara aperta per pubblico incanto per l'affidamento dell'incarico di assiste tecnica alla Direzione Sanità per la progettazione e la definizione dell'impianto per il monitoraggio regionale delle attività sanitarie;

- con Ordinanza n. DG7/01 del 28 novembre 2001 la Direzione Sanità, Servizio Programmazione Sanitaria, ha dichiarato il R.T.I. KPMG Consulting S.p.A. – KPMG S.p.A. aggiudicatario definitivo della predetta gara di appalto comunitaria;
- nel Capitolato Generale e Speciale di Appalto allegato sotto la lettera b) del contratto Rep. 06 del 12.03.2002 stipulato tra la Regione Abruzzo ed il citato raggruppamento temporaneo d'impresе (R.T.I.), è stata prevista, tra l'altro, l'attività di progettazione e definizione del sistema omogeneo regionale di monitoraggio degli strumenti di

programmazione e controllo aziendali finalizzata anche a fornire le linee guida alle Aziende USL stesse per l'impostazione dell'architettura dei sistemi di controllo gestionali;

- le caratteristiche della metodologia individuata nelle linee-guida regionali sul controllo di gestione sono state presentate, a cura di KPMG S.p.A., con un piano di formazione di 6 moduli diretto prima alla dirigenza della Direzione Sanità e poi replicato agli Organi, ai vertici amministrativo e sanitario ed alla dirigenza amministrativa delle Aziende USL;
- alcuni Direttori Generali delle Aziende USL sono già stati impegnati, in sede di approvazione dei bilanci di previsione 2003, a monitorare trimestralmente l'andamento economico della gestione, con particolare riferimento a quelle voci di costo per le quali si prevede una sensibile riduzione rispetto agli anni precedenti, assumendo tempestivamente tutte le iniziative tese a ricondurre gli aumenti di spesa nell'ambito delle previsioni di bilancio;
- l'applicazione dello strumento "Controllo di Gestione" all'interno delle Aziende Sanitarie potrà essere individuato come uno degli obiettivi dei Direttori Generali;

Ritenuto di approvare le Linee guida per il Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie Locali ed eventuali, future, Aziende Ospedaliere, così come contenute nell'allegato, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di demandare alle determinazioni del Direttore Regionale della Direzione Sanità le eventuali integrazioni o modifiche delle citate Linee guida;

Considerato che con successive note esplicative della Direzione Sanità saranno definite le modalità operative per la raccolta dei dati in coerenza con le Linee guida approvate con il presente provvedimento;

Ritenuta la necessità di pubblicare integralmente il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*;

Dato atto della regolarità tecnica ed amministrativa della presente deliberazione attestata dalla firma del Direttore Regionale della Direzione Sanità;

- che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa;

a voti unanimi, espressi nei modi di legge

DELIBERA

- 1) di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, le Linee guida per il Controllo di Gestione delle ASL e delle Aziende Ospedaliere così come predisposte nell'allegato che si intende parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di pubblicare il presente atto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

REGIONE ABRUZZO

**Linee guida sul Controllo di gestione delle Aziende Sanitarie Locali della Regione
Abruzzo**

PREMESSA

Obiettivi delle Linee guida sul Controllo di gestione

La trasformazione del Sistema Sanitario Nazionale e dei Sistemi Sanitari Regionali avvenuta negli ultimi anni, ed oggi in forte accelerazione, anche grazie alla Modifica del Titolo V della Costituzione, all'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e al DPCM 29/11/2001 (Livelli Essenziali di Assistenza), ha posto le Regioni allo stesso livello del governo centrale in termini di programmazione sanitaria e di compartecipazione ai deficit di spesa generati dal sistema nel suo complesso.

Il crescente incremento dei costi di erogazione delle prestazioni sanitarie e la difficoltà di rispondere in modo tempestivo ed efficiente alle necessità manifestate dalla domanda hanno reso necessari:

- interventi di *razionalizzazione dell'offerta*. La crescita della popolazione anziana e l'allungamento della vita media, stanno facendo nascere la necessità di nuove strutture assistenziali orientate alla cura di patologie croniche e riabilitative. Oltre a questo, il progresso tecnologico e farmaceutico sta accelerando il processo di deospedalizzazione attraverso procedimenti più efficaci, efficienti, meno invasivi che permettano quindi il ricorso al Day Hospital, a cure domiciliari o al ricovero presso strutture dedicate. Ecco allora che la ridondanza di strutture legate a un concetto assistenziale oggi non più attuale costituisce per le Regioni un aspetto critico, ulteriormente aggravato dalla crescente carenza di risorse necessarie a finanziarie questo sistema inefficiente.

Sulla base di questi presupposti la Regione Abruzzo si è attivata riprogettando il piano rete ospedaliera per acuti, lungodegenza e riabilitazione nel rispetto dei parametri obiettivo stabiliti a livello nazionale, di seguito brevemente richiamati.

- tasso di ospedalizzazione per acuti pari a 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti;
- numero posti letto per acuti pari a 4 ogni 1.000 abitanti;
- numero posti letto in lungodegenza e riabilitazione pari a 1 ogni 1.000 abitanti;
- tasso minimo di occupazione dei posti letto pari al 75% delle giornate di degenza potenziali;
- rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (ex DPCM 29/11/01) con progressiva riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza (oggi pari a circa il 25% del totale dei casi per acuti);
- riallocazione delle risorse finanziarie presenti nel Fondo Sanitario Regionale in modo da assegnarne il 46% all'assistenza ospedaliera (acuti, lungodegenza, riabilitazione), il 49% all'assistenza territoriale (medicina convenzionata, farmaceutica convenzionata, specialistica convenzionata, salute mentale, ecc...), il 5% alla prevenzione.
- la progettazione di un sistema per il monitoraggio della spesa sanitaria e delle attività condiviso al livello centrale (Regione) e periferico (ASL), omogeneo tra tutte le strutture (ASL).

L'obiettivo del documento è pertanto quello di fornire una guida nella:

- rilevazione e attribuzione/imputazione di costi e ricavi ai centri di costo di competenza finalizzato alla confrontabilità dei risultati economici per centro di costo delle diverse realtà sanitarie regionali.

A tal fine sono stati individuati un piano dei conti di contabilità analitica ed un piano dei centri di costo a cui le ASL *dovranno attenersi in sede di trasmissione delle informazioni al livello centrale*. Per rendere più agevole il processo è stato elaborato un documento di transcodifica tra il Piano dei Centri di costo (pag.23) e dei conti di Co.An. (pag.36), individuato da ogni Azienda, al modello comune condiviso a livello regionale.

Sono stati, infine, analizzati e definiti opportuni driver per il ribaltamento (pag.51) dei costi dei centri intermedi sui centri finali.

- individuazione di opportuni indicatori di attività e di performance a livello ospedaliero, territoriale e centrale in coerenza con quanto riportato nell'allegato 3 del DPCM 29/11/2001 (Livelli Essenziali di Assistenza).

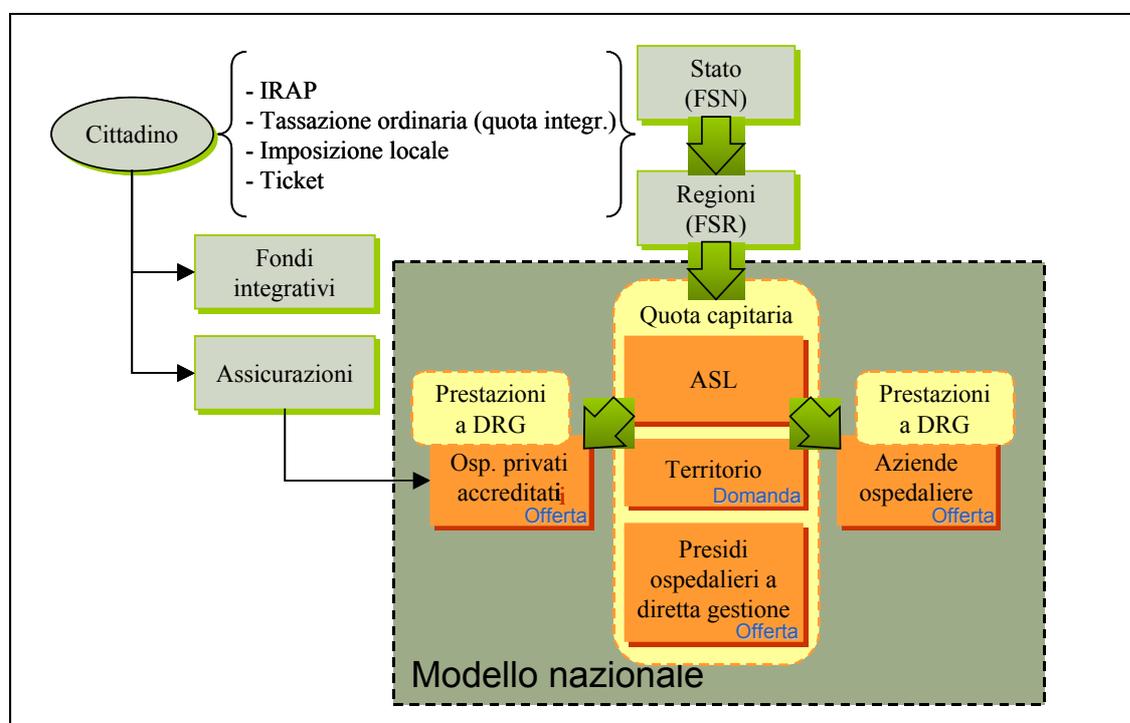
La struttura di Domanda e Offerta

Il D.Lgs. 502/92 ha segnato il punto di partenza del processo di Aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche presenti su tutto il territorio nazionale. Il Decreto Legislativo prevede, infatti, una revisione delle modalità di finanziamento ed una separazione tra le strutture di domanda ed offerta.

L'assistenza sanitaria può essere erogata:

- dalle ASL, costituite dai Distretti Socio Sanitari, dal Dipartimento di Prevenzione, dal Dipartimento di Salute Mentale e dai Presidi a diretta gestione;
- dalle Aziende Ospedaliere;
- dagli Ospedali Privati Accreditati.

Figura 1: Domanda e Offerta nel modello nazionale



Coerentemente con le esigenze di salute della popolazione assistita, nei Distretti Socio Sanitari, attraverso i comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta¹, si genera la parte principale della Domanda di prestazioni sanitarie.

La Domanda può essere soddisfatta sia direttamente, dai servizi territoriali attivati nella ASL, sia indirettamente “acquistando” prestazioni di ricovero dai Presidi a Gestione Diretta, dalle Aziende Ospedaliere e dagli Ospedali Privati Accreditati (strutture pure di offerta).

¹ Nel nostro sistema sanitario il medico generalista è una figura-chiave in quanto, posto all'ingresso del sistema sanitario, ne decide l'entrata o meno (gate keeper). Il medico di base è, infatti, colui che gestisce la salute dei suoi assistiti per l'intero ciclo di vita, indirizzandoli ai servizi di cui necessitano, ma rimanendone sempre il responsabile ultimo.

I servizi ospedalieri e territoriali che possono soddisfare la domanda sono: i Presidi a Diretta Gestione della ASL, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari, gli ex Ospedali Psichiatrici, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, gli Ambulatori specializzati, le farmacie convenzionate, i consultori familiari, i centri di igiene mentale, i servizi per anziani, per disabili e per tossicodipendenti, le case protette, le comunità terapeutiche, i servizi di igiene pubblica, di medicina del lavoro e veterinari. D'altro canto, i servizi medici di base sono costituiti da professionisti: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, guardia medica, medici dei servizi, specialisti che operano in studi privati o poliambulatori. Ed infine, la categoria delle strutture sanitarie private accreditate include: le case di cura, gli ospedali ecclesiastici classificati, gli IRCCS, i centri di riabilitazione, gli ambulatori, i laboratori di analisi cliniche, gli studi di radiologia, i centri di fisioterapia e gli stabilimenti termali (tutti, ovviamente, di tipo privatistico).

Anche la modalità di finanziamento risente, sebbene solo parzialmente, della differente struttura organizzativa: le ASL sono infatti finanziate in base alla quota capitaria (quota del FSR ridistribuita in funzione della popolazione pesata) mentre le Aziende Ospedaliere e gli Ospedali Privati Accreditati ottengono il rimborso della propria attività mediante la valorizzazione a DRG dei ricoveri effettuati.

Si osservi infine che il sistema sanitario abruzzese può essere definito come “integrato verticalmente” nel senso che vi sono esclusivamente ASL e queste sono preposte sia al governo della Domanda che all'erogazione dell'Offerta. Non esistono, infatti, strutture pubbliche di mera erogazione di prestazioni (Aziende Ospedaliere), pur in presenza, in alcune aree territoriali, di soggetti privati temporaneamente accreditati (14% della produzione totale regionale²).

La Domanda

L'analisi eseguita sulle Schede di Dimissione Ospedaliera relative all'anno 2000, comprensive della mobilità passiva, ha evidenziato l'eccessivo livello di ospedalizzazione della popolazione abruzzese. Il tasso di ospedalizzazione per le patologie acute e sub acute è risultato pari a 262 ricoveri ogni 1000 abitanti, dato sicuramente al di sopra del parametro di riferimento nazionale, definito dal Ministero della Salute nella misura di 160 ricoveri ogni 1000 abitanti.

Un fenomeno importante da rilevare è quello della mobilità infra-regionale, legato alla erogazione di prestazioni di ricovero in strutture private o in altre strutture pubbliche ubicate al di fuori della ASL di residenza.

La media regionale sulla mobilità infra ed extra-regionale è pari a poco meno di 100 ricoveri ogni 1000 abitanti, mentre il valore cambia analizzando le singole ASL.

Tabella 1: Mobilità passiva infra-extra regionale: il tasso di ospedalizzazione

Tasso di ospedalizzazione	Avezzano Sulmona	Chieti	Lanciano - Vasto	L'Aquila	Pescara	Teramo	REGIONE
TERRITORIALI PUBBLICHE	156	170	181	193	153	187	172
MOBILITA' INFRA PUBBLICHE	37	39	39	20	48	21	35
TERRITORIALI PRIVATE	47	39	-	25	30	-	22
MOBILITA' INFRA PRIVATE	5	6	10	3	10	11	8
MOBILITA' EXTRA REGIONALE	27	15	26	19	16	41	25
TOTALE	272	268	257	261	257	260	262

A livello regionale, il parametro dei 160 ricoveri per 1000 abitanti è già superato se si considera la sola autoproduzione, indicata in tabella con la dicitura “Territoriali pubbliche”; la “Mobilità infra-pubbliche/private” rappresenta quella quota di attività erogata da strutture pubbliche/private non presenti nel territorio della ASL; le “Territoriali private” rappresentano la produzione degli Ospedali Privati Accreditati; la “Mobilità extra regionale” è un parametro di fondamentale importanza in quanto rappresentativo della tendenza dei cittadini residenti a rivolgersi fuori Regione per soddisfare le proprie esigenze di salute.

E’ peraltro interessante vedere come si distribuisce la produzione in relazione al numero di casi (si vede Tabella 2), ed in particolare a quali tipologie di strutture è indirizzata la mobilità.

Tabella 2: Mobilità passiva infra-extra regionale: i casi trattati

CASI %	Avezzano Sulmona	Chieti	Lanciano - Vasto	L'Aquila	Pescara	Teramo	REGIONE
TERRITORIALI PUBBLICHE	58%	63%	71%	74%	60%	72%	66%
MOBILITA' INFRA PUBBLICHE	14%	14%	15%	8%	19%	8%	13%
TERRITORIALI PRIVATE	17%	15%	0%	10%	12%	0%	8%
MOBILITA' INFRA PRIVATE	2%	2%	4%	1%	4%	4%	3%
MOBILITA' EXTRA REGIONALE	10%	6%	10%	7%	6%	16%	10%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

L’analisi approfondita del fenomeno non permette di identificare una causa specifica ai ricoveri in mobilità, in particolare infra-regionale, che spesso si caratterizzano per bassa complessità ed alto rischio di inappropriatelyzza.

Dall’analisi dei pesi medi del DRG, si rileva un mix di complessità medio-bassa, che non mette in luce la capacità attrattiva di alcuni poli ospedalieri rispetto ad altri.

Tabella 3: Mobilità passiva infra-extra regionale: il peso medio del DRG

PESO Medio	Avezzano Sulmona	Chieti	Lanciano - Vasto	L'Aquila	Pescara	Teramo	REGIONE
TERRITORIALI PUBBLICHE	0,980	0,933	0,952	0,945	0,946	0,953	0,952
MOBILITA' INFRA PUBBLICHE	1,101	0,964	1,106	1,393	0,963	0,960	1,031
TERRITORIALI PRIVATE	0,877	0,978	-	0,945	0,928	-	0,925
MOBILITA' INFRA PRIVATE	1,047	0,903	1,002	1,014	1,018	0,985	0,997
MOBILITA' EXTRA REGIONALE	1,144	1,134	1,175	1,203	1,155	0,991	1,097
TOTALE	0,996	0,954	1,000	0,998	0,963	0,961	0,975

Dall’analisi combinata delle Tabelle 2 e 3 emerge quanto segue:

- si riscontra un’elevata mobilità infra (13% tra strutture pubbliche, 11% verso private) ed extra-regionale (10%);
- i cittadini residenti nella ASL di Teramo si rivolgono a strutture fuori Regione per il 16% della casistica complessiva (di cui il 10% verso le Marche); percentuali basse di mobilità extra-regionale si riscontrano, invece, a Pescara, L’Aquila e Chieti.

² Ricoveri anno 2000.

- Pescara ha un'elevata incidenza dei ricoveri in mobilità infra-regionale (23%; in particolare, il 16% dei residenti si muove verso le strutture pubbliche e private di Chieti);
- La mobilità aumenta al crescere della complessità trattata (peso DRG); in linea generale, la complessità aumenta per i ricoveri erogati al di fuori della Regione Abruzzo, e per i ricoveri erogati al di fuori delle strutture gestite direttamente dalle ASL.

In conclusione, la mancanza di valori di punta rende evidente una omogeneità nella tipologia di prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private regionali, e ciò mette in luce anche l'assenza di strutture di riferimento che possano in qualche modo essere parificate a centri di eccellenza per la diagnosi e la cura di patologie acute.

L'Offerta

L'analisi delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private abruzzesi ha riguardato tutte le prestazioni erogate sia per la popolazione abruzzese, sia per quei soggetti ricoverati non residenti in Regione (mobilità attiva extra-regionale), oppure non residente nell'ambito territoriale di competenza di ciascuna ASL (mobilità attiva infra-regionale).

A livello regionale l'attività di ricovero è caratterizzata da quanto segue:

- Ricoveri in degenza ordinaria superiori alle 48 ore:
 - l'incidenza dell'attività chirurgica è più elevata nelle strutture private (34,6%) rispetto a quella erogata nei presidi pubblici (28,6%);
 - la durata media della degenza per i ricoveri ordinari si differenzia di circa 1 giorno tra pubblico (6,7 gg) e privato (5,7 gg.). Tale differenza è sostanzialmente riconducibile alla attività chirurgica che nel pubblico sconta una degenza media di circa 7 gg e nel privato di circa 4,4.
 - la complessità del mix trattato, deducibile dal peso medio del DRG, è mediamente più alta nelle strutture pubbliche rispetto alle private. La differenza è maggiore se si considera l'attività chirurgica che nel pubblico ha un peso pari a 1,47 e nel privato un peso pari a 1,11.
- Ricoveri in degenza ordinaria della durata di 0-1 giorno:
 - l'incidenza di questa tipologia di casi sul totale è minima nel privato (circa il 3%) rispetto al pubblico (10% dell'attività). Questo fenomeno è legato in prevalenza all'insufficiente "filtro" effettuato dal Pronto Soccorso nelle strutture pubbliche.
 - l'attività di 0-1 giorno è di bassa complessità sia nel pubblico che nel privato (in entrambi i casi il peso medio si attesta intorno a 0,7). Ciò denota una serie di criticità legate ancora una volta alla mancanza di filtro da parte del Pronto Soccorso, ovvero al ricorso al ricovero anche per accertamenti diagnostici, altrimenti eseguibili in ambulatorio.
- Ricoveri in Day Hospital/Day Surgery:
 - questo tipo di attività è praticamente inesistente nelle strutture private rappresentando il 2,5% del totale mentre nel pubblico la percentuale si attesta intorno al 20,5, probabilmente per le tariffe dell'assistenza diurna molto più basse e scarsamente remunerative rispetto alle tariffe per i casi di durata superiore alle 48 ore. Si noti che

L'attività privata è sostanzialmente di tipo chirurgico (la Day Surgery rappresenta circa l'80%), mentre nel pubblico il 79% dell'attività svolta è di tipo medico.

- il numero di accessi medi è di circa 2 per ogni caso: questo valore medio è il risultato di 3 accessi medi per i pazienti medici ed un solo accesso per quelli chirurgici.
- la complessità del mix trattato in regime di Day Hospital è pari a 0,79 sia nel pubblico che nel privato, con una prevalenza della modalità diurna del ricovero per finalità prevalentemente di tipo diagnostico.

Andando a comparare in modo sintetico le caratteristiche dei ricoveri erogati per la popolazione residente, rispetto ai servizi assistenziali forniti alla popolazione ricoverata in Abruzzo ma residenti fuori Regione, si riscontra quanto segue:

- Attività di ricovero per i residenti abruzzesi:
 - i casi in degenza ordinaria >48 ore, rappresentano il 92% del totale nelle strutture pubbliche, contro l'80% nelle strutture private, confermando un orientamento assistenziale di base delle strutture pubbliche per la propria popolazione di riferimento, ed una capacità attrattiva elevata delle strutture private, in grado di emergere per specifiche competenze specialistiche.
 - la degenza media per singolo caso trattato nelle strutture pubbliche è di circa 6,7 gg, mentre nelle strutture private è di 6 gg. In particolare, l'attività chirurgica ha una media di degenza nel pubblico pari a 7 gg, nel privato pari 4,6 gg. Questa differenza è da imputare a due ordini di motivi: il primo è legato ad una complessità del caso trattato dalla struttura pubblica, leggermente più elevata rispetto a quella dei casi erogati nelle strutture private; il secondo, che è il più plausibile, è legato ad una maggiore efficienza organizzativa riscontrabile nelle strutture private, le quali, per ottimizzare l'efficienza organizzativa e gestionale, si sono dotate di meccanismi interni relativamente più rapidi di quelli esistenti nelle strutture pubbliche.
- Attività per residenti extra Regione (mobilità attiva):
 - il peso medio della patologia trattata si attesta intorno a 0,8 sia nelle strutture pubbliche che in quelle private, senza peraltro sostanziali differenze tra attività medica e chirurgica. Questo dato mette in evidenza, un ricorso elevato alle prestazioni di ricovero per attività che potrebbero essere erogate in regime ambulatoriale ovvero ricorrendo ad un uso più appropriato del Day Hospital.
 - l'incidenza dell'attività chirurgica sul totale dell'attività prodotta rappresenta il 35% nelle strutture pubbliche, e addirittura il 60% in quelle private. Questo fenomeno è probabilmente correlato alla mobilità di confine di cui godono alcune ASL le quali, grazie alla loro posizione geografica, fanno da catalizzatore per la popolazione del Molise, delle Marche e del Lazio. Il dato relativo alle strutture private è indice di una capacità di attrazione del privato notevolmente maggiore rispetto al pubblico; questo è probabilmente ascrivibile ad una migliore organizzazione delle stesse nel loro complesso, garanzia di un miglior grado di soddisfacimento delle aspettative assistenziali dei non residenti.
 - la degenza media dei pazienti è pari a 6,7 gg nelle strutture pubbliche e 4,4 gg. nelle strutture private: a parità di giornate di degenza per i casi medici, la differenza è totalmente ascrivibile alla durata media dei ricoveri chirurgici, 8,3 gg. nel pubblico e

3,8 gg nel privato. Questi dati confermano ancora una volta una migliore efficienza organizzativa delle strutture private che possono utilizzare questo vantaggio competitivo per assorbire parte della domanda in mobilità attiva.

- a fronte di una sostanziale omogeneità del peso medio del DRG per attività medica, quello dell'attività chirurgica è invece prossimo ad 1 nelle strutture pubbliche e pari a 0,82 in quelle private. La minor complessità della casistica trattata nelle strutture private può, insieme ai già citati aspetti organizzativi, giustificare la minor durata media della degenza dei pazienti negli ospedali privati. **La struttura organizzativa**

L'analisi organizzativa delle sei ASL presenti in Regione Abruzzo mostra approcci differenti nella modalità di integrazione/organizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri. Se in tutte le realtà è presente una corretta separazione tra l'area amministrativa/strutture centrali e l'area ospedaliera, è nell'ambito del territorio che si identificano le maggiori diversità.

I due approcci metodologici seguiti possono essere ricondotti ad una struttura organizzativa di stampo funzionale ed a una struttura organizzativa di tipo matriciale.

- Modello funzionale: ASL 102 Chieti, ASL 104 L'Aquila, ASL 105 Pescara. In questo tipo di organizzazione il Distretto Socio Sanitario, il Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento di Prevenzione si configurano come strutture parallele, gerarchicamente dipendenti dalla direzione della ASL e caratterizzate da una frammentazione dei processi assistenziali.

I centri di costo di ciascuna delle tre aree discendono funzionalmente dalla direzione a cui appartengono; i Dipartimenti non si inseriscono trasversalmente nel Distretto Socio Sanitario, *non esistendo, pertanto, corresponsabilità del Distretto e dei Dipartimenti sulla medesima unità operativa;*

- Modello matriciale: ASL 101 Avezzano – Sulmona, ASL 103 Lanciano – Vasto, ASL 106 Teramo. L'organizzazione matriciale, certamente più complessa da gestire, si dovrebbe configurare, nelle intenzioni delle direzioni aziendali, come un assetto organizzativo capace di superare l'autonomia delle funzioni attraverso un forte coordinamento tra le attività distrettuali e quelle dipartimentali ed ospedaliere. Questo tipo di organizzazione prevede, pertanto, la trasversalità dei Dipartimenti nell'ambito dell'attività del Distretto Socio Sanitario.

E' importante sottolineare che le strutture analizzate sebbene siano riconducibili sul piano teorico ai modelli funzionale e matriciale, presentano dal punto di vista attuativo livelli di realizzazione molto differenti:

- non tutti i centri di costo individuati nel piano dei centri di costo sono effettivamente attivati;
- all'interno di strutture matriciali, sono spesso riscontrabili unità operative, funzionalmente e gerarchicamente dipendenti dalla direzione della ASL che, tuttavia, non si inseriscono in modo trasversale all'attività del territorio.

Il contesto normativo di riferimento

La predisposizione di un modello di Controllo di gestione in grado di monitorare i costi e l'attività dei punti di offerta di prestazioni sanitarie trova suo fondamento sia nella normativa nazionale che in quella regionale.

A livello nazionale le principali disposizioni normative sono di seguito elencate:

a) normativa di carattere generale:

- *D. Lgs. 502/92*, ha dato avvio al processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche

Con tale decreto, meglio noto come *Riforma sanitaria-bis*, è stato riconosciuto alle Regioni un ambito di maggiore autonomia in materia sanitaria attribuendo alle stesse responsabilità per i risultati conseguiti, sia in termini di qualità delle prestazioni che di effetti finanziari delle scelte gestionali. Sono state altresì individuate con chiarezza le competenze dello Stato e delle Regioni³.

E' stato introdotto un nuovo sistema di erogazione e di pagamento delle prestazioni sanitarie: la tariffazione a DRG dell'attività erogata ha sostituito il precedente ripianamento a piè di lista. Questo ha fatto sì che si creasse un sistema di soggetti – pubblici e privati – erogatori di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale, scelti liberamente dal cittadino e retribuiti esclusivamente sulla base delle prestazioni rese, introducendo, di fatto, una competizione tra tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie.

In realtà il nuovo sistema di finanziamento ha coinvolto per lo più le Aziende Ospedaliere e i Privati accreditati, in quanto per i presidi ospedalieri a diretta gestione della ASL il finanziamento è rimasto legato alla quota capitaria corrisposta in funzione del numero di residenti (assistiti) ricompresi nell'ambito territoriale della azienda stessa.

- *D. Lgs 299/99 (cd Riforma sanitaria-ter)*, ha ripreso quasi tutti gli argomenti trattati nel riordino del 1992, confermando i principi in esso contenuti, ed apportando talune modifiche anche di rilievo.

E' stato confermato il carattere aziendale delle Unità Sanitarie Locali, dichiarando che esse hanno autonomia "imprenditoriale" (differente dalla precedente "autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica"); è stato istituito un nuovo organo nell'ambito delle USL che coadiuva il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie, la formulazione dei programmi di formazione, ecc..

³ **Competenze dello Stato:** a) quantificazione delle risorse destinabili al SSN attraverso la determinazione del Fondo Sanitario Nazionale e la sua ripartizione alle Regioni; b) individuazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini; c) verifica dei risultati in termini di stato di salute dei cittadini e di impiego delle risorse; d) definizione di regole uniformi in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che i presidi sanitari – pubblici e privati – devono possedere per erogare le prestazioni; e) definizione di regole uniformi per la determinazione delle tariffe delle prestazioni erogate dal SSN.

Competenze delle Regioni: a) definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del servizio sanitario in ambito territoriale per l'erogazione dell'assistenza nei limiti dei livelli uniformi nazionali; b) programmazione e finanziamento delle attività degli enti sanitari regionali; c) potestà di riconoscere livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli da garantire su scala nazionale; d) potestà di imporre prelievi ulteriori ai cittadini residenti, per finanziare livelli aggiuntivi o per ripianare disavanzi di gestione; e) nomina e revoca degli organi di gestione degli enti sanitari regionali; f) controllo sulla gestione degli enti sanitari regionali.

Sono state definite le prestazioni socio-sanitarie, distinguendo le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da quelle sociali a rilevanza sanitaria; le prime appartengono al settore sanitario, le seconde al settore assistenziale.

E' stata confermata la necessità della contabilità economico-patrimoniale ed è stata demandata alle Regioni la relativa regolamentazione.

E' stato disciplinato il Dipartimento di Prevenzione.

E' stato autorizzato l'esercizio della libera professione anche per i Medici di Medicina Generale e per i pediatri di libera scelta, demandando alla Convenzione la definizione degli ambiti e delle modalità.

Sono stati definiti a livello statale i requisiti minimi per l'accreditamento; è stata demandata ai Comuni l'autorizzazione ad attivare nuove strutture sanitarie; è stato riconosciuto alle Regioni l'accreditamento delle proprie strutture sanitarie; è stata istituita la Commissione Nazionale per l'accreditamento.

E' stato confermato il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere a DRG.

E' stata ridisciplinata la dirigenza sanitaria (previsto un unico livello dirigenziale e l'esclusività del rapporto con il servizio sanitario).

- *Legge costituzionale 3/2001*, ha modificato il titolo V della Costituzione individuando alcune materie di legislazione concorrente⁴ stato-regioni: tutela della salute, tutela e sicurezza del lavoro, ricerca scientifica e tecnologica, alimentazione, armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; oggetto di tale disposizione è stata altresì l'istituzione di un fondo perequativo, senza vincolo di destinazione (se non per quanto riguarda la quota capitaria da erogare), per i territori con minore capacità fiscale per abitante. E' stata inoltre riconosciuta ai Comuni, alle Province, alle città metropolitane ed alle Regioni autonomia finanziaria di entrata e di spesa. Esse "stabiliscono ed applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione, (...) per il finanziamento integrale delle funzioni pubbliche loro attribuite".
- *Accordo Stato Regioni del 8 agosto 2001*, con il quale le Regioni sono chiamate a provvedere alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione attivando in misura necessaria l'autonomia impositiva; esse sono altresì tenute a fronteggiare ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri, impegnandosi, inoltre, ad adottare le iniziative necessarie per la corretta ed efficiente gestione del servizio, in modo da contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili e mantenere l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.
- *DPCM 29/11/2001 (Livelli Essenziali di Assistenza)*, nell'allegato 4 "...si rileva la necessità di disporre di una metodologia omogenea nell'applicazione della normativa che, secondo quanto sopra richiamato, sollecita le Regioni a realizzare l'equilibrio tra le risorse disponibili e l'articolazione delle prestazioni e servizi socio-sanitari da garantire attraverso i LEA...", inoltre le Regioni devono essere "... in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con

⁴ "...nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello stato..." (Legge costituzionale n.3 del 18 ottobre 2001).

conseguente scoperta di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo ai diritti da garantire a tutti i cittadini...”;

b) Normativa concernente il Dipartimento di Salute Mentale:

- *Legge 180/1978*, ha affermato la centralità dell'intervento a livello dei servizi psichiatrici territoriali (centri di salute mentale); ha sancito l'abolizione e la chiusura degli ospedali psichiatrici; ha collocato le strutture psichiatriche di ricovero negli ospedali generali con la istituzione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC); ha caratterizzato gli interventi obbligatori come provvedimenti eccezionali e di breve durata, autorizzandoli per esigenze terapeutiche urgenti non affrontabili in alcun altro modo;
- *Progetto obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994-1996*, ha individuato come priorità la costruzione in tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) del Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
- *Progetto obiettivo “Tutela della salute mentale” 1998-2000*, ha individuato gli obiettivi specifici del settore, completando quanto enunciato nel piano sanitario nazionale ed evidenziando gli interventi prioritari, le politiche ed i programmi di salute mentale.

A livello regionale le principali disposizioni normative sono riconducibili a:

- *Legge 71/1982*, integrazione alla L.R. 2.7.1999, n. 37 (proposta di progetto obiettivo di tutela della salute mentale in età evolutiva) ha disciplinato l'Organizzazione dei servizi di igiene mentale e di assistenza psichiatrica;
- *Legge 146/1996*, ha dato disposizioni in termini di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere, ove costituite,...” (Art.1)
- *PSR 1999-2001*, ha individuato la tipologia di attività erogata dalle strutture ospedaliere e territoriali e ne ha disciplinato i principali aspetti organizzativi.

Le finalità del Controllo di gestione

Il modello di Controllo di gestione delineato dalla Regione Abruzzo si propone come strumento di riferimento per tutti gli attori del panorama sanitario regionale, siano essi strutture territoriali ovvero ospedaliere.

Per quanto riguarda l'Offerta di tipo ospedaliero, sebbene l'organizzazione attuale della Regione preveda come unica configurazione quella del Presidio a Diretta Gestione della ASL, sono state oggetto di analisi anche le Aziende Ospedaliere e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Questa scelta è stata dettata dalla necessità di prevedere un quadro che fosse il più esaustivo possibile e, come tale, adattabile a qualunque tipo di organizzazione la Regione vorrà dare alla propria rete ospedaliera.

Il Controllo di gestione si configura come uno strumento indispensabile per supportare la Regione Abruzzo nella transizione verso un modello di Sanità pienamente rispondente al modello delineato dalla normativa, in cui l'erogazione delle prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza deve essere garantita nel rispetto di vincoli di efficacia, efficienza ed economicità della gestione.

A tal fine, la rilevazione dei dati economici deve essere accompagnata da informazioni riguardanti l'attività svolta e da indicatori che siano in grado di rappresentare sinteticamente il grado di efficienza raggiunto nelle diverse Aziende.

La definizione di un modello di riferimento unico e condiviso dovrebbe garantire:

- uniformità al processo di Controllo di gestione, il quale si dovrebbe comporre delle seguenti fasi: formulazione del budget, rilevazione dei dati a consuntivo, analisi degli scostamenti, individuazione di idonee modalità di intervento, definizione del processo di responsabilizzazione e coinvolgimento di tutti i livelli della struttura organizzativa nel percorso di sensibilizzazione e formazione;
- uniformità delle metodologie e delle procedure di predisposizione del budget, di implementazione della Contabilità Analitica e di sviluppo di un sistema di reporting sia interno alle ASL/AO che verso la Regione;
- uniformità nei criteri utilizzati per la predisposizione del Piano dei Centri di Costo, per la correlazione del Piano dei Conti di Contabilità economico-patrimoniale con quello di Contabilità Analitica, per l'individuazione delle macrovoci di costo diretto e indiretto, per la definizione dei margini di primo, secondo e terzo livello, per la determinazione (eventuale) dei prezzi di trasferimento interni, ecc.
- coerenza tra le risultanze del Controllo di gestione ed i risultati della Contabilità economico-patrimoniale al fine di assicurare la riconciliazione tra i due sistemi.

Questa esigenza di uniformità di processi e metodologie, unitamente all'esigenza di coerenza con il Bilancio economico-patrimoniale, dovrebbero consentire a livello regionale la comparabilità:

- dei Conti Economici a budget e a consuntivo per i principali Centri di Responsabilità e di Costo;
- dei singoli Centri di Responsabilità e di Costo in relazione alle specifiche aree di criticità;
- dei costi delle prestazioni sanitarie e dei servizi;
- dei principali indicatori di efficienza, efficacia ed economicità.

Fatte le suddette premesse, ci si può attendere che il Controllo di gestione fatto a livello di Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere abbia le seguenti finalità:

1. Valutazione dell'economicità della ASL e dell'Azienda Ospedaliera;
2. Focalizzazione sul processo di responsabilizzazione;
3. Attuazione di un coerente processo strategico decisionale;
4. Supporto al processo decisionale del management.

1. Valutazione dell'economicità della ASL e dell'Azienda Ospedaliera

L'economicità dell'azienda sanitaria viene rilevata dal Bilancio economico-patrimoniale a consuntivo e consente di determinare quali fattori produttivi (costo del lavoro, acquisti, ammortamenti, prestazioni di servizi, etc.) abbiano dato origine a costi e quali abbiano invece generato valore della produzione (contributi in conto esercizio, proventi e ricavi diversi, ricavi per prestazioni sanitarie).

Dalla contrapposizione tra il valore della produzione ed i costi della produzione deriva l'utile o la perdita d'esercizio dell'Azienda Ospedaliera o del Presidio di ASL; dalla medesima differenza, depurata dal risultato della gestione non caratteristica (gestione straordinaria e finanziaria), deriva invece il risultato netto di esercizio della ASL.

Si osservi che il Bilancio economico-patrimoniale, seppur arricchito dai dettagli della Nota Integrativa, non consente di conoscere nell'ambito di quale attività dell'azienda si siano generati i costi ovvero il valore della produzione, gli utili ovvero le perdite. Solo l'implementazione di un sistema integrato di Contabilità Analitica corredato da un valido Controllo di gestione potranno consentire alla ASL di disporre di una serie di informazioni aggiuntive, classificate per Centro di Costo, utili per la propria gestione.

2. Focalizzazione sul processo di responsabilizzazione

Il Controllo di gestione consente altresì di coinvolgere il personale direttivo delle ASL e delle Aziende Ospedaliere nella gestione economica, oltre che operativa, delle singole unità o centri che operano sotto la loro diretta responsabilità. Tale processo di responsabilizzazione segue una logica di tipo "bottom up": la Direzione generale di ASL/AO, dopo aver formulato previsioni inerenti i livelli di attività attesi ed i costi/ricavi legati alla gestione caratteristica, individua degli obiettivi da consegnare ai responsabili territoriali ed ospedalieri.

La negoziazione di tali obiettivi nonché la definizione delle forme di incentivazione da legare al loro raggiungimento è parte essenziale dell'articolato processo di Controllo di gestione.

3. Attuazione di un coerente processo strategico decisionale

Il Controllo di gestione si inserisce nel processo strategico decisionale delle ASL e nei Presidi con i seguenti strumenti:

- Piano strategico a medio termine (triennale): trova i suoi presupposti nella situazione a consuntivo e nel budget relativo all'anno di partenza del piano e nell'analisi del contesto ambientale (sia interno che esterno all'organizzazione);
- Budget economico: può rappresentare il primo anno del piano strategico o in alternativa può essere una revisione del primo anno del piano strategico;
- Forecast o preconsuntivo: rappresenta una proiezione a fine anno in cui si parte dai dati progressivi consuntivi e si aggiungono le previsioni relative ai mesi a finire, rappresenta pertanto una proiezione più aggiornata del budget in quanto formulata nel corso dell'esercizio;
- Consuntivo: rappresenta la situazione mensile, trimestrale, semestrale, annuale dei costi e dei ricavi derivati dalla contabilità analitica; dal confronto fra budget e consuntivo possono essere individuati gli scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati.

Agli strumenti si aggiunge il processo di controllo operativo, cioè il controllo che viene effettuato in azienda day by day, e che consente di prendere decisioni tempestive.

Il processo strategico gestionale pertanto viene supportato da:

- un controllo strategico che viene svolto nell'ambito del piano strategico e del monitoraggio del piano;
- un controllo di gestione che viene svolto nell'ambito del budget, forecast, consuntivo;
- un controllo operativo che viene effettuato day by day.

La coerenza fra processo strategico gestionale e controllo di gestione rende indispensabile avere un sistema di budget e di contabilità analitica che consenta di ottenere informazioni

tempestive e non ritardate come avviene spesso nella realtà operativa di ASL e presidi di ASL.

4. Supporto al processo decisionale del management

Il Controllo di gestione è uno strumento indispensabile nel processo decisionale della Direzione strategica, dei dirigenti e dei funzionari nell'ambito delle Azienda Ospedaliera e delle ASL.

I presupposti che consentono di svolgere in modo efficace ed efficiente questa funzione di supporto al management sono rappresentati da:

- una Contabilità Analitica integrata con la Contabilità economico patrimoniale e con i principali sottosistemi contabili (magazzino, cespiti, personale, ecc.);
- un sistema di reporting che consenta di analizzare gli scostamenti tra budget e consuntivo, di individuarne le principali aree di criticità e di intervenire tempestivamente.

Se le metodologie di Controllo di gestione sono affidabili e tempestive, il management può utilizzare questo strumento per:

- ottimizzare l'allocazione delle risorse finanziarie;
- prendere decisioni di make or buy, di terziarizzazione o di outsourcing;
- monitorare le responsabilità;
- commisurare la parte variabile delle retribuzioni al raggiungimento degli obiettivi di budget;
- individuare opportuni indicatori di qualità del servizio reso che consentano di meglio interpretare i risultati economici dei singoli centri.

Il Controllo di gestione nelle ASL e nelle Aziende Ospedaliere

La possibilità di governare un sistema complesso è fortemente condizionata dalla disponibilità di informazioni corrette e tempestive in grado di supportare il processo decisionale. A tale fine, in tutti i contesti aziendali sono stati sviluppati strumenti in grado di colmare il gap informativo e di supportare i decisori nell'operare scelte operative e strategiche. Tra questi strumenti, un ruolo fondamentale è svolto dal Controllo di gestione.

Il Controllo di gestione è attuato in tutte le tipologie di aziende (pubbliche, private), in tutte le tipologie di imprese (di produzione, di servizi, commerciali, ...), nei molteplici settori di attività che rientrano nel settore primario (aziende agrarie, minerarie), nel settore secondario (aziende industriali e di costruzioni), nel settore terziario (imprese commerciali, di servizi, banche, assicurazioni).

Se le finalità e gli strumenti del Controllo di gestione (Budget, Contabilità Analitica, Reporting) sono sostanzialmente gli stessi in tutte le aziende, le metodologie di implementazione si differenziano, talvolta in modo sostanziale, non solo nei diversi settori, ma anche all'interno delle diverse attività svolte in azienda.

Così, nel settore sanitario, nell'ambito degli IRCCS tende ad assumere particolare rilievo il controllo dell'attività di ricerca, nei presidi il controllo dell'attività di assistenza, e così via.

Le differenziazioni nell'implementazione del Controllo di gestione derivano, pertanto, dalle tipologie di processi presenti nell'ambito dell'azienda, che rendono differenti:

- il Piano dei conti;
- il Piano dei Centri di responsabilità e dei costi;
- i criteri di imputazione dei ricavi e costi ai centri;
- le metodologie di calcolo dei costi per prodotto/prestazione/servizio;
- i sistemi di Reporting.

Nel modello di sanità abruzzese l'ASL integra le seguenti funzioni:

- governo della Domanda, attraverso l'azione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, *gatekeeper* dell'intero sistema, e attraverso l'acquisto di prestazioni erogate da soggetti esterni all'azienda.
- governo dell'Offerta, attraverso l'erogazione di servizi di natura sanitaria ed assistenziale. In questo ambito possiamo distinguere due tipologie di attività:
- attività ospedaliera, svolta attraverso la gestione diretta dei Presidi: consiste nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero (per acuti, per pazienti in lungodegenza e riabilitazione);
- attività territoriale, ad integrazione dell'attività svolta dai Presidi Ospedalieri: consiste nell'erogazione dei servizi sanitari di base, dei servizi di prevenzione e di quelli socio-sanitari ed assistenziali.

Ferma restando l'unitarietà di indirizzo dettata dalla ASL, lo strumento di Controllo di gestione da essa utilizzato al fine del controllo direzionale si esplicita in approcci metodologici differenti a seconda che l'oggetto di rilevazione sia costituito da:

- ASL e Presidi Ospedalieri a Diretta Gestione della ASL;
- Azienda ospedaliera.

Le caratteristiche del Controllo di gestione della ASL

Il Controllo di gestione della ASL si caratterizza per la necessità di prendere in considerazione le diverse aree in cui si esplicita l'attività istituzionale dell'Azienda, tipicamente organizzata in:

- Presidi Ospedalieri a Diretta gestione;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale;
- Distretti Sanitari.

Le quattro aree, una ospedaliera e le altre territoriali, presentano profonde differenze, rinvenibili, oltre che nell'eterogeneità delle prestazioni erogate, anche nell'organizzazione interna che le caratterizza.

Ciò implica che la progettazione di un efficace sistema di Controllo di gestione non può prescindere dalla definizione di opportuni Piani dei Centri di costo che riflettano la struttura organizzativa delle Aziende.

Un ulteriore problema è costituito dalla predisposizione di Piani dei conti di Contabilità Analitica sufficientemente articolati al fine di garantire un dettaglio soddisfacente nell'attribuzione dei ricavi e nell'allocazione dei costi.

Un'altra particolarità del Controllo di gestione della ASL è costituita dalla difficoltà di correlare ai costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni, i relativi ricavi. Questi ultimi sono infatti costituiti dalla quota capitolaria, che, com'è noto, non è legata all'effettiva produzione, ma alla popolazione "pesata". Si osservi, a tal proposito, che anche i Presidi Ospedalieri sono remunerati a quota capitolaria, sebbene, ai soli fini del Controllo di gestione, l'attività ospedaliera venga valorizzata a DRG.

Un aspetto di cui un efficiente sistema di Controllo di gestione deve poi tener conto è la presenza nell'ambito dell'ASL, di progetti finalizzati, il cui monitoraggio è di fondamentale importanza per valutare sia la congruità dei finanziamenti stanziati a livello nazionale e regionale, sia l'effettivo raggiungimento del target del progetto per il quale tali fondi sono stati corrisposti.

Riassumendo, le caratteristiche del Controllo di gestione della ASL possono essere così sintetizzate:

- La ASL è deputata al controllo sia della Domanda che dell'Offerta;
- L'attività è finanziata a quota capitolaria;
- L'obiettivo da perseguire è il contenimento dei costi;
- Il legislatore non ha definito modelli organizzativi vincolanti, soprattutto per il territorio.

Le caratteristiche del Controllo di gestione nelle Aziende Ospedaliere

Sebbene l'attuale organizzazione regionale non preveda questa tipologia di Offerta, si ritiene opportuno sintetizzarne le principali caratteristiche, soprattutto nell'ottica di un confronto con il modello delineato per le ASL.

Le Aziende Ospedaliere si caratterizzano per una sostanziale omogeneità delle prestazioni erogate (tipicamente ricoveri e prestazioni ambulatoriali) e per una struttura organizzativa abbastanza standardizzata: la compresenza di questi due elementi rende più agevole la predisposizione dei Piani di Centri di costo e dei Piani dei conti di Contabilità Analitica.

La seconda specificità del Controllo di gestione nelle Aziende Ospedaliere è rappresentata dalla valorizzazione a DRG delle prestazioni sanitarie. Tali strutture, essendo remunerate a prestazione, perseguono il duplice obiettivo di contenimento dei costi (come la ASL) ma anche di massimizzazione dei volumi.

Di seguito si riporta una sintesi delle differenze tra i due approcci: Controllo di gestione nelle ASL e nelle Aziende ospedaliere.

<i>Modalità di finanziamento</i>	Quota capitolaria	In funzione dei casi effettivamente trattati (DRG)
<i>Leve d'azione</i>	Contenimento dei costi	Ottimizzazione dei volumi e contenimento dei costi
<i>Piano dei centri</i>	Per le strutture territoriali il legislatore non ha un modello organizzativo. Sono riscontrabili modelli: matriciali, funzionali e divisionali.	Riconducibile alla struttura organizzativa definita dal legislatore.
<i>Budget</i>	Negoziazione "verticale" e "trasversale"	Negoziazione "verticale"
<i>Ambito del controllo</i>	Controllo della domanda e dell'offerta	Controllo dell'offerta

Il Piano dei Centri di costo e di responsabilità

La definizione della struttura dei centri rappresenta il processo più complesso nell'ambito dell'impostazione del sistema di controllo di un'azienda in quanto risente fortemente della struttura organizzativa dell'azienda stessa.

Le linee guida in oggetto forniscono, pertanto, indicazioni di carattere generale e richiedono, come unica condizione, la rilevazione di alcuni centri elementari che consentano l'allocazione dei costi relativi all'attività ospedaliera e territoriale della ASL. Di seguito si procederà quindi alla definizione di un Piano dei Centri di costo unico cui le ASL dovranno attenersi ai fini dell'inoltro dei dati in Regione.

Il Controllo di gestione è uno strumento di conoscenza e di analisi degli avvenimenti gestionali dei Centri di responsabilità⁵, dei Centri di costo⁶ e di quelli di profitto⁷ (anche se nel documento si parlerà generalmente di Centri di costo, intendendo con quest'espressione sia i Centri di costo in senso stretto che quelli di profitto).

Si precisa che, mentre la struttura dei Centri di responsabilità è lasciata alla discrezionalità dell'Azienda, l'individuazione dei Centri a livello dei quali sviluppare la rilevazione dei costi e delle attività svolte deve essere coerente con la struttura organizzativa condivisa a livello regionale.

Diversamente da quanto accade altrove, la Regione Abruzzo non ha provveduto a disciplinare le strutture organizzative delle macro aree (direzioni, territorio, presidi) che compongono il sistema sanitario. Se si esclude il caso delle strutture ospedaliere, normate in modo rigido dalla legge nazionale, si assiste all'adozione tramite atto aziendale di modelli profondamente diversi tra loro, in particolare per quanto concerne l'area territoriale. La presenza di diversi modelli organizzativi influisce profondamente sull'individuazione delle strutture dotate di autonomia gestionale soggette a rendicontazione analitica.

La necessità di ottenere un qualche grado di confrontabilità, in attesa di direttive specifiche a livello regionale sull'organizzazione del sistema sanitario, ha reso necessaria l'individuazione di centri tipici per ciascuna delle tre macro aree:

- Aree centrali;
- Territorio;
- Strutture ospedaliere.

Aree centrali

Per aree centrali si intendono quelle strutture di direzione e di coordinamento (ed i relativi organi di staff) che sovrintendono al funzionamento dell'intera Azienda. Anche se non erogano prestazioni sanitarie, svolgono un ruolo di fondamentale importanza e possono

⁵ Centro di responsabilità: entità cui è deputata la responsabilità del perseguimento degli obiettivi stabiliti con le direzioni.

⁶ Centro di costo: entità che producono un output definito quale un prodotto, un'attività, un servizio, ecc.

⁷ Centro di profitto: centro in cui vengono rilevati non solo i costi dei fattori produttivi ma anche i ricavi dei prodotti, servizi, attività svolte nel centro.

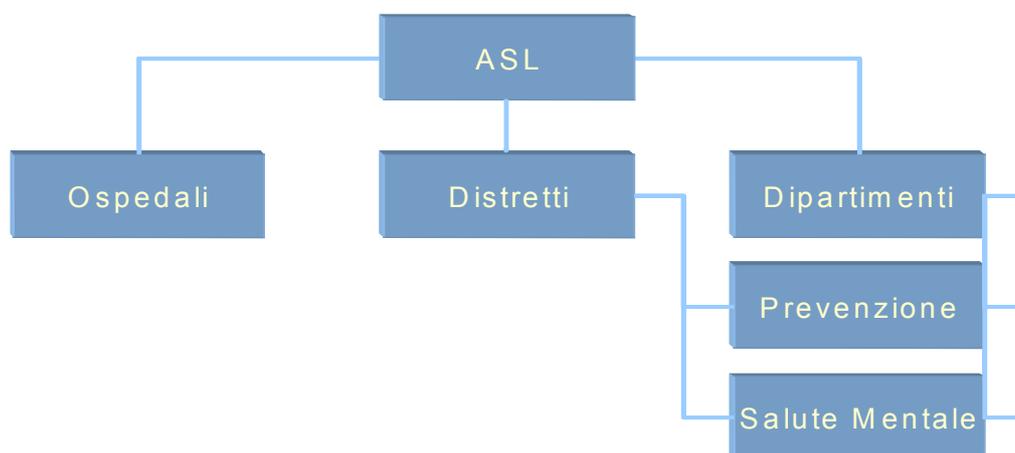
assorbire una notevole quantità di risorse. Tipicamente le Aree centrali comprendono quattro tipologie di Centri di costo:

- Direzioni;
- Uffici di coordinamento delle strutture territoriali;
- Servizi generali;
- Servizi alberghieri.

Territorio

La confusione tra modelli organizzativi (alcuni di tipo funzionale, altri di tipo matriciale) si manifesta particolarmente nelle strutture territoriali. Al fine di omogeneizzare i Piani dei Centri di costo, è sembrato quindi utile uniformarsi alla normativa nazionale (D.Lgs 502/92, D.Lgs 299/99, DPCM 29/11/2001) e regionale (Piano Sanitario Regionale 1999 – 2001). All'interno della macro area territoriale possiamo pertanto distinguere:

- il Dipartimento di Prevenzione, cui sono delegate le funzioni di tutela della salute del cittadino descritte nel primo livello assistenziale (tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro);
- il Dipartimento di Salute Mentale, complesso di strutture e servizi tra loro integrati in grado di provvedere alla Domanda psichiatrica del territorio di competenza che trova collocazione e articolazione organizzativa in virtù della legge 180/1978 e dei due progetti obiettivo 1994 – 1996 e 1998 –2000;
- il Distretto, cui spetta il compito di fornire un'ampia gamma di prestazioni di base, così come disciplinato nell'allegato 2 del DPCM 29/11/2001 e nelle Leggi nazionali 502/1992 e 229/1999.



All'interno di questa struttura è possibile distinguere le seguenti articolazioni:

- Strutture assistenziali: Centri di costo finali che erogano prestazioni di natura sanitaria direttamente all'utenza;
- Servizi generali: Centri di supporto, la cui attività non è di natura assistenziale, ma di supporto ai centri finali;

- Servizi alberghieri: Centri che ribaltano i loro costi sui centri a valle, al pari dei servizi generali.

Strutture ospedaliere

Le strutture ospedaliere presentano un'organizzazione più standardizzata che dovrebbe rendere più agevole l'attribuzione dei dati economici e dei dati di attività ai centri elementari.

Ai fini del Controllo di gestione, le unità minime di Reporting gestionale sono costituite dalle unità operative classificabili nel seguente modo:

- Reparti (chirurgia generale, medicina generale, ecc.);
- Servizi diagnostico – terapeutici (laboratorio, radiologia, ecc.);
- Servizi di supporto sanitari (sale operatorie, rianimazione, sterilizzazione, ecc.);
- Servizi alberghieri (lavanderia e guardaroba, cucina e mensa, ecc.);
- Servizi generali di Presidio e di Azienda (Direzioni, uffici, costi comuni, ecc).

L'unità operativa è stata scelta come unità elementare di analisi, scartando in tal modo il Dipartimento; adottando quest'ultimo, infatti, ci si saremmo scontrati con i diversi modelli organizzativi adottati dai Presidi.

Si sottolinea l'importanza di riuscire a collocare le voci di costo e le tipologie di centri nella giusta categoria. Ciò al fine di utilizzare un linguaggio comune grazie al quale, ad esempio, al costo dei servizi alberghieri sia possibile attribuire un contenuto uniforme per la tipologia delle prestazioni erogate, siano esse prodotte all'interno o acquistate dall'esterno, delle risorse impiegate (es. personale dedicato alla erogazione del servizio o al controllo interno del servizio appaltato) e quindi dei costi sostenuti (es. utenze).

L'aggregazione di questi centri in Dipartimenti e Centri di responsabilità è lasciata alla discrezionalità aziendale, così come la disaggregazione delle unità minime in ulteriori sotto unità. Ne è un esempio, per la struttura ospedaliera, la spaccatura dei Reparti in attività di degenza, attività ambulatoriale, attività di Day Hospital. Sebbene tale rilevazione sia prevista dai LEA, al momento non si ritiene che essa possa essere un obiettivo prioritario nella raccolta e rilevazione dei dati di Contabilità Analitica.

Aree centrali

Nell'ottica del Controllo di gestione, può essere fuorviante e per diversi versi erroneo, tentare di stilare un elenco esaustivo dei Centri di costo che caratterizzano questa macro area dell'Azienda; in virtù del D.Lgs. 229/99, le ASL, attraverso la redazione e l'approvazione dell'atto aziendale, possono decidere la propria struttura organizzativa e di conseguenza le unità operative da sottoporre a rendicontazione analitica. Generalmente, rifacendosi alla tassonomia esposta a pag. 23, è possibile raggruppare nella generica attività di coordinamento e di supporto le seguenti tipologie di centri di costo:

- Direzioni: afferiscono a questa categoria le tre Direzioni istituzionali dell'Azienda ed i relativi uffici di segreteria:
- Direzione generale;
 - Direzione sanitaria;
 - Direzione amministrativa;

- Uffici di segreteria dedicati alle direzioni.
- Uffici di coordinamento delle attività territoriali: si tratta di uffici che sovrintendono al funzionamento delle attività assistenziali insistenti sul territorio (Servizio tossicodipendenze, strutture riabilitative, etc.). Appare difficile fornire un elenco esaustivo in quanto le tipologie di servizi di coordinamento sono a totale discrezione della ASL.
- Servizi generali: si tratta di strutture che erogano prestazioni di supporto alle Direzioni. Sebbene appaia difficile ricondurre la molteplicità degli uffici/servizi ad una tassonomia univoca, è comunque possibile identificare i seguenti Centri di costo:
 - Controllo di gestione e pianificazione strategica: a questo centro di costo afferiscono gli uffici in staff alle Direzioni, dedicati al controllo e alla pianificazione;
 - CUP – Cassa;
 - Formazione e aggiornamento: raggruppa le attività finalizzate alla formazione delle risorse dell'Azienda;
 - Ingegneria clinica: gestisce i contratti di acquisto e le manutenzioni delle principali apparecchiature elettromedicali;
 - Nucleo di valutazione;
 - Servizi economico finanziari: a questo Centro di costo vanno allocati tutti i costi sostenuti dagli uffici deputati allo svolgimento di attività contabile, finanziaria e patrimoniale;
 - Sistemi informativi: accoglie i costi correlati all'attività di raccolta ed elaborazione dei dati;
 - Ufficio acquisti/provveditorato/economato: accoglie tutti gli uffici coinvolti nel processo di approvvigionamento dell'Azienda;
 - Ufficio gestione risorse umane: i costi sostenuti per l'attività inerente la gestione del personale, nei suoi aspetti economico - giuridici, sono registrati all'interno di questo centro di costo;
 - Ufficio qualità;
 - Ufficio sicurezza e prevenzione aziendale;
 - Ufficio stampa;
 - Ufficio statistica;
 - Ufficio tecnico: accoglie tutte le attività di gestione e manutenzione del patrimonio fisico della ASL;
 - URP;
 - Costi generali.

Territorio

L'attuale articolazione dei Centri di costo delle ASL abruzzesi risente delle diverse scelte organizzative esplicitate negli atti aziendali. Tre ASL su sei (Avezzano Sulmona, Lanciano Vasto e Teramo) hanno adottato un modello di tipo matriciale, mentre le rimanenti tre hanno adottato una soluzione di tipo funzionale. Questo determina l'adozione di Piani dei Centri profondamente differenti. Nella prospettiva di poter confrontare la performance delle diverse aziende, si è proceduto a riclassificare i Centri di costo nell'ottica dell'adozione di un modello territoriale c.d. "a Distretto forte", peraltro già implicito nel P.S.R. 1999-2001.

Sotto il profilo del Controllo di gestione, una siffatta ipotesi comporta la redazione di tre distinte tipologie di Conti Economici: 1) CE di Dipartimento di Salute Mentale, in cui troviamo i CMS, gli SPDC, i Servizi di Neuropsichiatria infantile, le Strutture di riabilitazione; 2) Dipartimento di Prevenzione, in cui compaiono Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica, Servizio Veterinario, Igiene degli alimenti e della nutrizione, Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro; 3) CE di Distretto, in cui confluiscono Poliambulatori, ADI, Ser.T., Consultori, Guardia medica, Medicina della comunità.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura divisionale deputata all'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi psicologici e delle patologie psichiatriche. Possiamo individuare tre tipologie di Centri di costo all'interno del Dipartimento:

- Strutture assistenziali, impegnate a fornire i servizi direttamente all'utenza. Tra queste il P.S.R. 1999 – 2001 identifica:
 - Centri di Salute Mentale;
 - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
 - Servizio di Neuropsichiatria infantile;
 - Strutture di riabilitazione residenziali protette e semiprotette.

Sono inoltre qualificabili come strutture assistenziali del DSM:

- Ambulatorio psichiatrico
- Centro diurno
- Servizio di igiene mentale
- Servizio territoriale di psicologia e psicoterapia
- SRR psichiatrico
- Servizio di Tutela Salute Mentale e Riabilitativa in Età Evolutiva (T.S.M.R.E.E.)
- Servizi generali, impegnati a fornire servizi di supporto ai Centri finali;
- Servizi alberghieri.

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione è una struttura oggetto di numerosi interventi normativi sia nazionali (D.lgs 502/92, D.lgs 229/99, D.P.C.M. 29/11/2001) sia regionali (L.R. 82/92, L.R. 37/87, Piano Sanitario Regionale 1999 - 2001, da cui ne emerge la rilevanza strategica.

L'articolazione del Dipartimento esplicitata nel PSR 1999 – 2001 prevede la presenza dei seguenti servizi (e di conseguenza Centri di costo) di natura assistenziale:

- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica;
- Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro;
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- Medicina delle Comunità;
- Servizio Veterinario di Sanità Animale (A);
- Servizio Veterinario di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto, deposito e somministrazione degli alimenti di origine animale e loro derivati (B);
- Servizio veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (C).

Afferenti al Dipartimento possono essere considerati inoltre:

- Ambulatori igiene e sanità;
- Medicina legale;
- Medicina scolastica;
- PMIP (Presidio Multizonale Igiene e Prevenzione).

Anche nel Dipartimento di Prevenzione possiamo poi identificare due tipologie di Centri di costo che non erogano prestazioni di natura sanitaria, ma di supporto:

- Servizi generali (Direzione di Dipartimento, uffici di supporto);
- Servizi alberghieri (cucina, elettricità, centrale termica, ecc).

Il Distretto Sanitario di Base

Nelle intenzioni del legislatore, il Distretto sarebbe dovuto diventare il cardine del sistema territoriale, erogando capillarmente un'ampia gamma di prestazioni socio assistenziali. Purtroppo, gran parte dei propositi sono rimasti ancora solo sulla carta, essendo state disattese le prescrizioni normative, da ultime quelle previste nel PSR 1999 – 2001, sull'attivazione e l'organizzazione dei Distretti. In molte ASL queste strutture non sono ancora state attivate o rimangono ad uno stato embrionale, complice anche il mantenimento del Dipartimento di Assistenza di Base, che di fatto assorbe i compiti dei DSB e la costituzione, dettata dalla travagliata morfologia della Regione Abruzzo, di Distretti di dimensioni troppo ridotte per garantire il raggiungimento di economie di scala e di scopo.

Le funzioni principali del DSB sono:

- controllo della Domanda;
- erogazioni di prestazioni di tipo sanitario e assistenziale.

Per riprodurre un siffatto schema logico, il modello proposto per il Distretto prevede due sezioni separate:

- Una sezione che rileva la "Domanda": essa accoglie i costi legati ai generatori della Domanda stessa (tipicamente Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e all'erogazione di prestazioni da questi indotte;

- Una sezione dedicata all'“Offerta”: essa nasce dall'aggregazione di costi e ricavi derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture direttamente gestite dal Distretto.

In particolare, i Centri di costo rientranti in quest'ultimo aggregato, possono essere distinti in:

- Strutture assistenziali: sono tipicamente i centri di costo finali, che erogano i loro servizi direttamente all'utenza. Come tipici esempi di Centri di costo di questo tipo possiamo indicare:

ADI;

- Ambulatori;
 - Assistenza riabilitativa;
 - Consultori;
 - Guardia medica;
 - Medicazioni;
 - Medicina delle comunità;
 - Medicina legale;
 - Punti di prelievo;
 - SER.T.;
 - Terapia iniettiva.
- Servizi generali: sono Centri di costo quali, per esempio, la Direzione e gli uffici amministrativi. Essi ribaltano la totalità dei loro costi sui Centri di costo finali, in percentuale rispetto al totale costi;
 - Servizi alberghieri: sono Centri di costo di *supporto*, come per esempio il centralino, che ribaltano la totalità dei loro costi sui Centri di costo a valle.

Le strutture ospedaliere

Attualmente in Abruzzo la rete ospedaliera è costituita unicamente da Presidi a Gestione Diretta delle ASL e da Case di Cura private. Nell'ottica dell'istituzione di nuovi soggetti di differente natura (Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, Policlinici Universitari), il sistema di controllo di gestione dovrà integrare lo schema di seguito proposto in modo da evidenziare i centri di costo e l'attività tipica di queste strutture.

Analizzando nel dettaglio le tipologie di Centri di costo descritte in precedenza, grazie alla maggior uniformità dell'organizzazione delle strutture, è possibile redigere un elenco, seppur non esaustivo, dei diversi centri di costo.

Reparti

E' possibile definire una tassonomia di base dei Centri di costo qualificabili come Reparti⁸:

- Allergologia;
- Angiologia;
- Cardiocirurgia;
- Cardiologia;
- Chirurgia generale;
- Chirurgia maxillo-facciale;
- Chirurgia pediatrica;
- Chirurgia plastica;
- Chirurgia toracica;
- Chirurgia vascolare;
- Dermatologia;
- Ematologia;
- Geriatria;
- Gastroenterologia;
- Lungodegenza;
- Diabetologia;
- Malattie infettive;
- Medicina del lavoro;
- Medicina generale;
- Medicina nucleare;
- Nefrologia;
- Neurochirurgia;
- Neurologia;
- Neuropsichiatria infantile;
- Nido;
- Oculistica;
- Odontostomatologia;
- Oncologia;
- Ortopedia e traumatologia;

⁸ Le unità operative individuate si basano sull'elenco dei reparti di dimissione così come utilizzati nei flussi ministeriali HSP e codificati nelle SDO.

- Ostetricia e ginecologia;
- Otorinolaringoiatria;
- Patologia neonatale, neonatologia;
- Pediatria;
- Psichiatria;
- Tisiologia;
- Radiologia;
- Radioterapia;
- Recupero e riabilitazione funzionale;
- Reumatologia;
- Unita' spinale;
- Urologia;
- Urologia pediatrica;
- Solventi;
- Terapia intensiva neonatale.

Quest'elenco può essere integrato da alcune discipline attivate in Regione e che assurgono al ruolo di Centri di costo; di seguito si riporta l'elenco di tali discipline:

- Andrologia Medica;
- Chirurgia D'Urgenza;
- Chirurgie generali specialistiche (chirurgia generale ad indirizzo endoscopico; chirurgia generale ad indirizzo laparoscopico, chirurgia polispecialistica, patologia chirurgica);
- Cliniche (clinica cardiocirurgia; clinica chirurgica; clinica dermatologica; clinica geriatrica; clinica medica; clinica nefrologica; clinica neurologica; clinica otorinolaringoiatrica; clinica oculistica; clinica odontoiatrica; clinica ostetrica e ginecologica; clinica pediatrica; clinica urologia; ematologia clinica);
- Day Surgery;
- Reparti ad indirizzo oncologico (chirurgia generale ad indirizzo oncologico; dermatologia oncologica; ematologia oncologica; oncoematologia pediatrica);
- Neurofisiopatologia;
- Patologia Medica;
- Reparti di riabilitazione (riabilitazione cardiologia; riabilitazione ortopedica);
- Reparti universitari (chirurgia generale universitaria; chirurgia geriatrica universitaria; medicina interna universitaria);
- Semeiotica (chirurgica e medica);

- U.O. Trapianti.

È comunque fondamentale ribadire che per essere considerati Reparti, questi Centri di costo devono disporre di posti letto accreditati per la degenza ordinaria o il day hospital ed effettuare in modo precipuo attività per esterni. Nel caso in cui alcune delle branche sopraelencate non dovessero rispondere a tali requisiti (ad esempio un'unità di Diabetologia di supporto al reparto di Medicina generale o un'unità di Medicina nucleare che svolgesse esclusivamente attività diagnostica o ambulatoriale), i Centri di costo andrebbero qualificati come servizi diagnostico terapeutici o di supporto sanitario.

Servizi di supporto sanitario

I servizi di supporto sanitario sono centri che erogano la propria attività di tipo sanitario esclusivamente a favore dei centri finali ed intermedi.

A questa tipologia di centri di costo appartengono:

- Punti prelievo (in regione Abruzzo sono tipicamente strutture territoriali);
- Disinfezione;
- Farmacia;
- Fisica sanitaria;
- Laboratorio farmaceutico;
- Poliambulatorio ospedaliero;
- Pronto soccorso e 118;
- Rianimazione e terapia intensiva;
- Blocchi operatori;
- Servizio anestesiologicalo;
- Servizio dietetico;
- Camera mortuaria;
- Sterilizzazione;
- UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia) e UCC (Unità Cardio Coronarica);
- Altre degenze intensive di supporto;
- Altri servizi di supporto sanitari.

Alcune annotazioni devono essere fatte a proposito di alcuni servizi:

- Servizio di anestesia: questo centro accoglie il costo relativo a tutto il personale anestesista presente all'interno dell'ospedale. Questo costo verrà successivamente opportunamente ripartito sui vari centri in cui prestano la loro attività gli anestesisti e rianimatori (ad es. rianimazione, sale operatorie, ecc.).
- Degenze interdivisionali: accoglie i costi delle degenze condivise da più Reparti, in particolare per le unità operative integrate in logica dipartimentale.
- Farmacia: include sia la gestione del magazzino che del laboratorio farmaceutico.

- Poliambulatorio ospedaliero: accoglie tutti i costi degli ambulatori presenti in ospedale, in particolare: i costi del personale infermieristico, ausiliario ed amministrativo dedicato ed i costi correlati all'occupazione degli spazi (es. ammortamento dei locali, riscaldamento, pulizia, ecc.). Gli ammortamenti relativi alle attrezzature vanno attribuiti al poliambulatorio solo se si tratta di attrezzature generiche utilizzate dalla maggior parte delle specialità afferenti, mentre rappresentano un costo specifico del reparto nel caso in cui si tratti di attrezzature dedicate.

Non devono essere attribuiti al poliambulatorio:

- *i costi del personale medico* di reparto che eroga prestazioni presso il poliambulatorio;
- *i ricavi generati da prestazioni per esterni* erogate dal personale medico di reparto in poliambulatorio.

Entrambe le voci rimangono in carico ai Reparti sui quali viene successivamente ripartito il costo complessivo del poliambulatorio (determinato come sopra descritto) in funzione del tempo di utilizzo effettivo.

- Sale operatorie: si tratta di un unico centro di costo laddove esista un unico blocco operatorio condiviso tra i vari Reparti chirurgici. Laddove invece esistano sale (o gruppi di sale) operatorie dedicate è necessario individuare tanti centri di costo quante sono le sale (o i gruppi di sale) medesime. Come costo di personale il centro accoglie il costo degli infermieri, degli ausiliari, e degli eventuali amministrativi dedicati alla sala operatoria. Il costo degli anestesisti è attribuito tra i costi indiretti come ripartizione del costo complessivo del centro "Servizio di anestesia". Il costo dei chirurghi rimane invece allocato al Reparto di provenienza. Tra i materiali, alla sala operatoria vanno scaricati i materiali generici di sala operatoria, mentre andrebbero scaricati sul Reparto i materiali specifici o particolarmente costosi (in particolare le protesi). Una volta attribuiti i tutti i costi della sala operatoria, sia diretti che indiretti, il costo complessivo che ne deriva viene ripartito sui Reparti come costo indiretto di sala operatoria, allocato sui destinatari in relazione all'effettivo utilizzo. Anche nelle strutture in cui esistono sale operatorie dedicate è opportuno che venga seguito il medesimo approccio sia per garantire la confrontabilità dei dati che per evidenziare l'incidenza di questo costo sui ricavi dei Reparti chirurgici.
- Rianimazione e Terapia intensiva: come per le sale operatorie, il costo degli anestesisti è attribuito tra i costi indiretti come ripartizione del costo complessivo del centro "Servizio di anestesia".
- Altre degenze intensive di supporto: si tratta di varie tipologie di unità intensive dedicate a supporto di alcuni Reparti con attività altamente specialistiche, ad es. terapia intensiva cardiocirurgica, trapianto midollo osseo, trapianto di rene, trapianto di fegato, ecc. È opportuno che i costi relativi a queste unità, generalmente elevati, vengano raccolti separatamente da quelli dei Reparti a cui le unità stesse afferiscono. Dopo aver valutato il costo complessivo di queste unità sarà quindi possibile attribuirlo al Reparto di riferimento come costo indiretto alla voce "degenze intensive dedicate".

Servizi alberghieri

I centri appartenenti a questa categoria devono accogliere tutti i costi relativi alla gestione dei servizi alberghieri aziendali, a prescindere dalla modalità di produzione dei servizi stessi:

- produzione interna;
- appalto esterno;
- gestione mista.

A titolo di esempio, nell'ipotesi di un servizio di "cucina e mensa" appaltato all'esterno, il centro di costo deve accogliere il costo complessivo dell'appalto più tutti gli eventuali ulteriori costi sostenuti dall'Azienda per l'erogazione del servizio stesso, quali:

- costi diretti: personale dell'azienda dedicato al servizio, utenze eventualmente non incluse nell'appalto (gas e elettricità), ammortamenti delle attrezzature non fornite dall'appaltatore e altri costi direttamente allocabili al centro di costo;
- costi indiretti: sono tipicamente legati alla gestione degli spazi (pulizie, riscaldamento).

Il costo "pieno" così ottenuto per il servizio di cucina e mensa verrà poi ripartito sugli utilizzatori (e a questi allocato tra i costi indiretti dei servizi alberghieri) in funzione di un opportuno driver di ribaltamento.

Il medesimo discorso, ai fini della confrontabilità dei risultati del controllo di gestione, vale per tutti i servizi alberghieri, anche per quelli in cui eventualmente il costo dell'appalto rappresenti la totalità dei costi del servizio.

I tipici servizi alberghieri presenti in una struttura ospedaliera sono:

- accettazione ricoveri;
- centrale termica, che assorbe la totalità dei costi di produzione/distribuzione del calore (sia in gestione interna che in appalto): contratti di appalto, combustibili, personale, ammortamenti di impianti, materiali, ecc.;
- centrale elettrica, a cui vanno allocati la totalità dei costi di produzione/distribuzione dell'energia elettrica: utenze, personale, ammortamenti di impianti, materiali, ecc.;
- centralino e telefono, che include, in particolare, il costo di tutte le utenze telefoniche, nonché del personale e degli ammortamenti del centralino;
- cucina e mensa;
- CUP e cassa;
- lavanderia e guardaroba;
- pulizie;
- raccolta rifiuti;
- trasporto pazienti;
- altri servizi alberghieri (acqua, disinfestazioni, ...).

Servizi generali

Questa tipologia di centro di costo si caratterizza per l'erogazione di servizi di tipo non sanitario di supporto alla struttura ospedaliera. Tipicamente si riscontra la presenza dei seguenti centri di costo:

- Affari generali e legali;
- Assistenza religiosa;
- Biblioteca;
- Centro elaborazione dati;
- Controllo di gestione;
- Convitto personale;
- Costi comuni di presidio;
- Costi comuni aziendali;
- Direzione amministrativa;
- Direzione generale;
- Direzione sanitaria;
- Gestione del personale;
- Lunghe assenze del personale, che accoglie i costi del personale in lunga assenza, in particolare per maternità. Il personale in lunga assenza, sia come costo che come quantità (numero di personale equivalente a tempo pieno) viene tolto da quello in carico all'unità operativa di provenienza e caricato su questo centro di costo per tutto il periodo di assenza dall'attività lavorativa.
- Magazzino tecnico-economico;
- Manutenzioni;
- Pool centrale di sostituzione;
- Portineria e vigilanza;
- Provveditorato-economico;
- Ragioneria;
- Scuole professionali;
- Servizio cartelle cliniche;
- Ufficio infermieristico;
- Ufficio tecnico;
- Altri servizi generali;
- Strutture di riabilitazione (gestite per centro di costo come gli ospedali).

Il Piano dei Conti di Contabilità Analitica

Al fine di garantire omogeneità alla raccolta e all'elaborazione dei dati economici da parte della Regione, nonché allo scopo di assicurare alle strutture sanitarie l'assoluta confrontabilità l'una nei confronti delle altre, si è ritenuto opportuno predisporre un modello unico regionale di Piano dei Conti di Contabilità Analitica. Si premette che tale Piano ha come finalità la riproduzione fedele e per Centro di costo/responsabilità dell'attività produttiva e non riporterà, pertanto, alcuna voce di costo o ricavo legata alla gestione finanziaria o straordinaria dell'azienda, salvo poi riconciliare il Piano di Co. Ge. della ASL con il relativo Piano dei Conti.

Le Aziende sanitarie dovranno adeguare il proprio Piano dei Conti a quello regionale ma non saranno obbligate ad adottare la codifica regionale se non in fase di trasmissione dei dati alla Regione stessa (esse si dovranno tuttavia attrezzare di un opportuno programma di transcodifica delle proprie voci di bilancio con i conti di Co.An).

Di seguito vengono fornite opportune indicazioni in merito al contenuto e alla classificazione delle singole voci di conto.

Ricavi:

Contributi in c/esercizio

In tale voce vanno indicati i fondi assegnati all'Azienda sanitaria dalla Regione o da altri Enti pubblici per lo svolgimento dell'attività istituzionale. Tali fondi derivano principalmente dal fondo sanitario ma possono altresì derivare da altri finanziamenti regionali quali, a titolo di esempio, i contributi per funzioni, i contributi erogati per il raggiungimento di specifici obiettivi, ecc...

Rientrano in tale posta di Conto Economico anche i Contributi in c/esercizio da Amministrazioni Statali (es: fondo nazionale per le politiche sociali), i fondi erogati dall'Unione Europea nonché i contributi da privati.

I "Contributi c/esercizio da Regione per quota Fondo Sanitario" (quota capitaria) rappresentano, secondo il modello adottato, una posta in entrata per il Distretto (con separata indicazione delle quote di competenza del Dipartimento di Prevenzione e del DPTM di Salute Mentale) e, solo in sede di riconciliazione, anche per la ASL; in base alla metodologia proposta, la ripartizione della quota capitaria non risulta invece tra i Ricavi del Presidio, avendo disposto che l'attività produttiva delle strutture ospedaliere venga valorizzata a DRG (attività ospedaliera) ovvero a tariffa (attività ambulatoriale).

Contributi in c/esercizio

- Contributi c/esercizio da Regione per quota fondo sanitario
 - Quota capitaria da FSR a destinazione indistinta
 - Quota di FSR a destinazione vincolata
- Contributi erogati per la generalità delle funzioni
- Contributi erogati per il raggiungimento di specifici obiettivi
- Contributi c/esercizio da Amministrazioni statali
- Contributi erogati per funz. sub delegate statali
- Contributi erogati per funz. delegate regionali
- Contributi erogati per ulteriori finanziamenti
- Contributi c/esercizio da altri enti:

Contributi/ Fondi UE
Contributi c/esercizio da Comuni
Contributi c/esercizio da Province
Contributi c/esercizio da settore pubblico allargato
Contributi in c/esercizio da privati

Entrate per ricerca e studi clinico-scientifici

Tale posta comprende le entrate correlate a specifici progetti di ricerca, siano essi finanziati dal Ministero della Salute ovvero da privati. Sono riconducibili a tale posta di Conto economico:

- La quota indistinta di Ricerca corrente erogata dal Ministero della Salute;
- I finanziamenti per ricerca finalizzata del Ministero della Salute;
- I finanziamenti da privati (Grant);
- Le sperimentazioni farmacologiche cliniche e pre-cliniche.
- ...

Ricavi per prestazioni sanitarie (a pubblico)

In questa voce sono rilevati i ricavi per prestazioni sanitarie erogate da una struttura ospedaliera o territoriale al pubblico; l'attività erogata a pazienti paganti sarà infatti classificata separatamente nella posta "Ricavi per prestazioni e servizi a privati paganti". Sono tipicamente ricavi del territorio (Distretti, Dipartimenti di Salute mentale e Prevenzione) le prestazioni di:

- Medicina veterinaria;
- Igiene pubblica ed ambientale;
- Tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- Le prestazioni socio-sanitarie integrate;
- Le prestazioni sanitarie di base;
- ...

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera, invece, sono ricomprese in tale posta le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e di ricovero (Degenza ordinaria, Day Surgery e Day Hospital) dalle strutture ospedaliere presenti sul territorio, siano esse Presidi di ASL, Aziende ospedaliere, IRCCS o Policlinici universitari.

Le prestazioni ambulatoriali dovranno essere valorizzate a tariffa (si faccia riferimento al Nomenclatore tariffario nazionale, tenuto conto delle eventuali rettifiche apportate a livello regionale); le prestazioni in regime di ricovero, ivi incluse quelle erogate dai Presidi di ASL, dovranno essere valorizzate a DRG.

Si osservi che l'importo relativo alle prestazioni ambulatoriali deve includere sia il ticket pagato dal paziente che la quota rimborsata dalla Regione.

In tale raggruppamento dovranno altresì confluire, tra i rimborsi vari, i contributi regionali per il rimborso tramite File F dei farmaci ad alto costo.

La posta “Ricavi per prestazioni sanitarie” inserita nel CE delle strutture ospedaliere sarà pertanto composta dalle seguenti voci di conto:

Ricavi per prestazioni sanitarie (a pubblico)

- Prestazioni a pazienti residenti (autoconsumo)
 - Prestazioni di ricovero
 - Degenza ordinaria
 - Day Hospital
 - Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche
 - Altre prestazioni e rimborsi vari (File F)
- Prestazioni a pazienti residenti in altre Regioni
 - Prestazioni di ricovero
 - Degenza ordinaria
 - Day Hospital
 - Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche
 - Altre prestazioni e rimborsi vari (File F)

A livello territoriale, invece, si ritiene utile tenere distinta la quota di mobilità attiva intra ed extra-regionale dalla mobilità interna. Il prospetto per i Distretti Sanitari di base si presenterà, pertanto, nel modo seguente:

Ricavi per prestazioni sanitarie (a pubblico)

- Ricavi da prestazioni ambulatoriali (mobilità attiva extra-regionale)
- Ricavi da prestazioni ambulatoriali (mobilità attiva intra-regionale)
- Ricavi interni da prestazioni ambulatoriali
 - Altri Distretti
 - Interni al Distretto

Ricavi per prestazioni diverse

Tale posta è una classificazione di voci economiche delle quali, alcune sono tipiche dell'attività ospedaliera:

- Diritti per rilascio di certificati, cartelle cliniche e altri diritti sanitari;
- Cessione plasma;

alcune sono proprie del Dipartimento di Prevenzione:

- Multe, ammende e contravvenzioni dei vigili sanitari;
- Ricavi per sanzioni amministrative UTSSL;
- Commissione medica patenti di guida;
- Prevenzione e sicurezza interna;

ed altre ancora sono legate sia all'attività ospedaliera che a quella territoriale:

- Ricavi per servizi resi ad Amministrazioni statali;
- Ricavi per servizi resi ad altri Enti del settore pubblico;
- Ricavi per attuazione Direttiva nr. 85/73/CEE (Contr. ex art.3 D.Lgs. 51/92);
- Servizi ad enti previdenziali;

- Altri proventi e ricavi diversi;
- ...

Ricavi per prestazioni e servizi a privati paganti

Come accennato in precedenza, si è ritenuto opportuno dettagliare l'attività erogata a privati paganti separandola da quella destinata a pazienti del Servizio Sanitario Nazionale (rilevata nella posta "Ricavi per prestazioni sanitarie a pubblico"). Sebbene sia venuto meno l'obbligo normativo della tenuta di una contabilità separata (obbligo sancito dalla Legge 274/1994 e abrogato con Circolare 88/E 28/09/2001 dell'Agenzia delle entrate, che non ravvede in tale tipo di attività un'attività di tipo commerciale), si è reputato utile disporre di informazioni economiche, quantitative e qualitative relative a tale tipo di attività.

In ambito ospedaliero, le voci di ricavo relative alla libera professione intramoenia sono le seguenti:

- Ricavi per prestazioni di ricovero (prestazioni mediche e chirurgiche a pazienti degenti);
- Ricavi ambulatoriali (visite ambulatoriali e prestazioni di diagnostica strumentale a pagamento erogate nel Presidio ove si svolge la propria attività istituzionale; consulenze in libera professione);
- Ricavi ambulatoriali (visite ambulatoriali e prestazioni di diagnostica strumentale a pagamento erogate negli studi privati autorizzati, nelle strutture di un'altra azienda del Servizio Sanitario Nazionale ovvero in strutture private non accreditate con le quali sia stata stipulata una convenzione);
- Rette di degenza;
- Altre entrate da LP (es: pasti accompagnatori, uso telefono e TV, imposte e bolli, servizio di Pronto Soccorso, trasporto in ambulanza,...).

Altri ricavi di gestione non caratteristica

Ai soli fini della riconciliazione tra la Contabilità Generale e la Contabilità Analitica della ASL sono state previste, nel Piano dei Conti della ASL (e solo di quest'ultima), le voci di ricavo legate alla gestione finanziaria o straordinaria dell'azienda. Per maggior chiarezza, si fornisce un elenco, il più possibile esaustivo, delle entrate che si ritengono classificabili nel modo di seguito riportato:

- Concorsi, recuperi e rimborsi spese;
- Proventi finanziari;
- Ricavi propri non caratteristici;
- Rettifiche di valore di attività finanziarie;
- Plusvalenze;
- Sopravvenienze attive e insussistenze passive;
- Utilizzo dei fondi accantonati;
- Costi capitalizzati.

Concorsi, recuperi e rimborsi spese

Concorsi da parte del personale nelle spese per vitto, vestiario e alloggio

Recuperi per azioni di rivalsa

Concorsi, rimborsi ed altri recuperi da soggetti diversi

Rimborsi

Concorsi da Comuni per integrazioni rette RSA

Concorsi da privati per attività socio-sanitaria in RSA o altre strutture sanitarie

Recuperi spese legali, telefoniche e postali

Rimborso vitto e alloggio da non dipendenti

Rimborso personale comandato

Rimborso INAIL infortuni personale dipendente

Altri concorsi

Altri recuperi

Proventi non finanziari

Interessi attivi

Interessi attivi su c/tesoreria

Interessi attivi su c/c postali e bancari

Interessi attivi vari

Altri proventi finanziari

Ricavi propri non caratteristici

Distributori caffè e acqua minerale

Ricavi da patrimonio

Compensi per gestione telefoni pubblici

Donazione e lasciti

Fitti attivi

Altre entrate diverse

Rettifiche di valore di attività finanziarie

Rivalutazione di attività finanziarie

Plusvalenze

Plusvalenze da alienazioni di immobilizzazioni

Sopravvenienze attive e insussistenze passive

Sopravvenienze attive

Arrotondamenti attivi

Sconti e abbuoni attivi

Insussistenze del passivo

Altre sopravvenienze attive e insussistenze passive

Utilizzo dei fondi accantonati

Utilizzo fondi rischi

Utilizzo f.do svalutazione crediti

Utilizzo f.do premio di operosità (SUMAI)

Utilizzo altri fondi

Costi capitalizzati

Utilizzo quota di contributi in c/capitale

Utilizzo quota di contributi in c/capitale

Utilizzo riserva ex art.14 L.R.146/96

Incremento immobilizzazioni immateriali

Incremento immobilizzazioni materiali

Costi diretti:

Consumi di beni sanitari

Questa voce accoglie tutti i consumi, rilevati a consuntivo, di farmaci e altro materiale sanitario.

Qualora i beni consumati non transitino fisicamente dal magazzino in quanto direttamente acquistati dall'Unità operativa, la procedura di carico e scarico del magazzino dovrà essere comunque attivata; solo in questo modo sarà infatti possibile una quadratura fra i consumi rilevati in contabilità analitica con gli acquisti e le variazioni di rimanenze della contabilità economico patrimoniale.

Sono di seguito riportate le principali voci di costo che si intendono far rientrare in questa voce di costo:

- Prodotti farmaceutici (prodotti farmaceutici, medicinali, stupefacenti, soluzioni, gas medicali - compreso ossigeno, anche per ossigenoterapia domiciliare - allergenici, ecc...);
- Emoderivati (plasma sanguigno ed emoderivati);
- Materiali diagnostici, materiali di radiologia e di laboratorio (materiali diagnostici e prodotti chimici di laboratorio, radio diagnostici in vitro, lastre RX, carta per ECG, EEG, ECO, radiofarmaci, reagenti e reattivi, mezzi di contrasto);
- Presidi chirurgici e materiali sanitari (Presidi chirurgici, prodotti per medicazione, siringhe, sacche, deflussori, aghi, cateteri, fili di sutura, materiale sanitario monouso);
- Materiali protesici e materiali per emodialisi (Protesi ortopediche, lentine per cataratta, filtri e soluzioni e cartucce per emodialisi, valvole, pace-maker e ausili protesici di varia natura);
- Prodotti farmaceutici per uso veterinario;
- Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario.

Consumi di beni non sanitari

Questa voce accoglie tutti i consumi, rilevati a consuntivo, di materiale non sanitario⁹.

Sono di seguito riportate le principali voci di costo che si intendono far rientrare in questa voce di costo:

- Prodotti alimentari (prodotti dietetici e non dietetici, latte per neonati);
- Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere;
- Combustibili, carburanti e lubrificanti ad uso riscaldamento e cucine;
- Combustibili, carburanti e lubrificanti ad uso trasporto;

⁹ Qualora i beni consumati non transitino fisicamente dal magazzino in quanto direttamente acquistati dall'Unità operativa, la procedura di carico e scarico del magazzino dovrà essere comunque attivata; solo in questo modo sarà infatti possibile una quadratura tra i consumi rilevati in contabilità analitica e gli acquisti contabilizzati in economico patrimoniale.

- Supporti meccanografici (dischi, cassette, nastri, cartucce, ecc...);
- Cancelleria e stampati (materiali di cancelleria, libri, riviste e stampati vari);
- Altri prodotti (altri prodotti tecnico-economici, utensileria, piccoli arredi);
- Acquisti di materiali e accessori per manutenzione (materiali ed accessori per immobili, per attrezzature sanitarie e per attrezzature tecnico-economiche).

Costo del personale

Questa voce accoglie il costo del personale, distinto per profilo, dell'azienda; esso è comprensivo di tutti gli oneri per competenze fisse, accessorie, incentivazioni, fondi legati a specifici progetti obiettivi, indennità, straordinari ed oneri sociali.

Non sono da contemplarsi in questa voce di costo, i compensi percepiti a vario titolo per lo svolgimento di attività libero professionale, per i quali si rimanda alla posta "Compensi per l'attività libero professionale".

Essendo ancora dibattuto il tema relativo all'inserimento dell'IRAP tra i costi del personale ovvero tra le Imposte, si rinvia tale indicazione al futuro; l'orientamento a riguardo è tuttavia quello di considerare l'IRAP come un costo accessorio legato al costo delle risorse umane e, in quanto tale, da iscriversi in una posta di bilancio autonoma.

Il prospetto che si suggerisce è il seguente:

Costi del personale

- Personale sanitario medico e veterinario
- Personale sanitario laureato non medico
- Personale infermieristico
- Personale tecnico sanitario
- Personale amministrativo
- Personale ausiliario e tecnico
- Personale professionale
- Tirocinanti e borsisti
- Compensi agli organi direttivi
- Personale in collaborazione
- Personale comandato
- Personale religioso
- Personale universitario
- Altri costi del personale

Per rendere agevole la classificazione del personale nell'ambito dei profili sopra indicati, si rinvia all'*Allegato 1* in cui i suddetti profili sono stati ricondotti alle qualifiche ed ai ruoli del Conto unico aziendale.

Costo del personale convenzionato

Questa voce accoglie il costo del personale convenzionato, classificato nel modo seguente:

- Medici di Medicina Generale;
- Pediatri di Libera Scelta;
- Personale di Guardia Medica/Turistica;
- Medici dei servizi;

- Personale Convenzionato (psicologi, biologi, legali, pedagogisti, ecc...);
- Personale Convenzionato SER.T.;
- Altre convenzioni per assistenza di base (Emergenza sanitaria 118).

Compensi per l'attività libero professionale

In questa voce confluiscono tutti i compensi corrisposti al personale dipendente per l'erogazione di prestazioni in regime libero professionale; rientrano in questo raggruppamento i compensi per:

- Attività erogata in regime di ricovero da personale medico e di supporto (prestazioni mediche e chirurgiche a pazienti degenti);
- Ricavi ambulatoriali (visite ambulatoriali e prestazioni di diagnostica strumentale a pagamento erogate nel Presidio ove si svolge la propria attività istituzionale; consulenze in libera professione);
- Ricavi ambulatoriali (visite ambulatoriali e prestazioni di diagnostica strumentale a pagamento erogate negli studi privati autorizzati, nelle strutture di un'altra azienda del Servizio Sanitario Nazionale ovvero in strutture private non accreditate con le quali sia stata stipulata una convenzione; prestazioni erogate in strutture del territorio).

Manutenzione e riparazione

Il conto manutenzioni e riparazioni rileva i costi di manutenzione e riparazione ordinaria e straordinaria sostenuti e corrisposti con diverse forme contrattuali:

- interventi diretti, con specifica fatturazione del fornitore;
- gare di appalto;

tutti ricompresi nella medesima voce e distinti solo in funzione delle tipologie: immobili e loro pertinenze, di attrezzature sanitarie, di beni tecnico-economici, di attrezzature informatiche, altro (es. automezzi).

Rimborsi, assegni e contributi

In questa posta confluiscono le seguenti voci di costo:

Rimborsi, assegni e contributi

- Rimborsi per ricoveri in Italia
- Rimborsi per ricoveri all'estero
- Rimborsi per altra assistenza sanitaria
- Contributi, sussidi e assegni vari agli assistiti
- Contributi ad associazioni di volontariato
- Contributi ad enti
- Quota 4% a IZS per D.LGS. 432 19/11/98
- Quota 3,5% a servizi Veterinari della Regione D.LGS. 432 19/11/98
- Quota 0,5% a Laboratori Nazionali di riferimento D.LGS. 432 19/11/98
- Quota 2% al Ministero della Salute per D.LGS. 432 19/11/98
- Altri rimborsi, assegni e contributi
- Contributi per Hanseniani e cure climatiche
- Piani animali emergenza zoonosantaria
- Piani emergenza zoonosantaria randagismo
- Progetto obiettivo randagismo

Progetto obiettivo RSA
Potenziamento DSB e Medicina dello Sport
Provvidenze e/o sussidi ai nefropatici
Sussidi agli infermi di mente non ricoverati
Assistenza a portatori di handicap (non vedenti)
Assistenza a portatori di handicap da cooperative

Consulenze

Rientrano in tale posta le consulenze richieste a terzi di tipo sanitario, legale, amministrativo, fiscale, tecnico o informatico, ivi inclusi i costi per la formazione e l'aggiornamento del personale dipendente.

Godimento di beni terzi

Questa voce accoglie i costi sostenuti dall'azienda sanitaria per: canoni di leasing, canoni di noleggio, fitti passivi e altri costi per godimento beni di terzi.

Spese amministrative e generali

Questa voce accoglie i costi sostenuti dall'azienda sanitaria per: spese di rappresentanza, spese postali, spese condominiali, spese legali (per liti, arbitraggi e risarcimenti), abbonamenti a riviste, premi di assicurazione, spese di pubblicità, ecc...

Utenze

Questa voce accoglie i costi sostenuti dall'azienda sanitaria per le principali utenze:

- Energia elettrica;
- Acqua;
- Telefono;
- Gas;
- Internet;
- Canoni radiotelevisivi;
- Altre utenze.

Servizi appaltati

La posta "servizi appaltati" contiene i costi dei servizi dati in appalto all'azienda; tipicamente rientrano in questa categoria le seguenti voci di costo:

- Lavanderia;
- Pulizia;
- Mensa;
- Riscaldamento;
- Servizio elaborazione dati;
- Servizio di trasporto;
- Smaltimento rifiuti;

- Vigilanza;
- Altri servizi appaltati (parcheggio, derattizzazione, ...).

Ammortamento immobilizzazioni immateriali

Questa voce accoglie gli ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali: ammortamento di costi di impianto ed ampliamento, di costi di ricerca e sviluppo, di diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere di ingegno, di concessioni, licenze, marchi e diritti simili e ammortamento dell'avviamento.

Ammortamento immobilizzazioni materiali

Questa voce accoglie gli ammortamenti delle immobilizzazioni materiali classificate nel seguente modo:

- Amm.to fabbricati (disponibili e indisponibili);
- Amm.to impianti e macchinari;
- Amm.to attrezzature sanitarie;
- Amm.to automezzi;
- Amm.to altri beni (mobili e arredi, elaboratori elettronici e PC, ...).

Costi generati

Per completezza di informativa, si anticipa in questa sezione il dettaglio delle voci che rientreranno nella posta "Costi generati" nei CE di Distretto, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento di Prevenzione. La metodologia di attribuzione di tali costi, rappresentativi della Domanda generata, sarà specificata nel prossimo capitolo ad essi dedicato.

Nell'ambito del Distretto, si è ritenuto opportuno distinguere i costi generati in relazione al fatto che questi siano prodotti nell'ambito della ASL o al di fuori della stessa; la classificazione proposta è di seguito riportata:

Costi generati esterni alla ASL

Mobilità passiva (ricoveri ordinari e Day Hospital)
 Diagnostica e specialistica in convenzione
 Strutture riabilitative in convenzione
 Strutture convenzionate per emodialisi
 Strutture con.te per tossicodipendenti
 Spesa farmaceutica (farmacie convenzionate)
 Spesa farmaceutica (distribuzione diretta)
 RSA
 Strutture per la lungodegenza
 Cure Termali

Costi generati interni alla ASL

Costi esterni al Distretto

Ricoveri ordinari (nei P.O. della ASL)
Ricoveri in DH (nei P.O. della ASL)
Prestazioni ambulatoriali di P.O.
Prestazioni ambulatoriali di Poliambulatorio Territoriale
Strutture per la riabilitazione
Strutture per la lungodegenza

Costi interni al Distretto

Ricoveri ordinari (nei P.O. della ASL)

Ricoveri in DH (nei P.O. della ASL)

Prestazioni ambulatoriali di P.O.

Prestazioni ambulatoriali di Poliambulatorio Territoriale

Strutture per la riabilitazione

Strutture per la lungodegenza

Nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, invece, lo schema proposto è il seguente:

Costi generati

Strutture riabilitative residenziali

Strutture riabilitative semiresidenziali

Centri diurni

Le macroclassi di Contabilità Generale che dovranno alimentare questi flussi sono di seguito riportate:

- Convenzioni per assistenza farmaceutica;
- Costi per assistenza specialistica interna;
- Convenzioni per assistenza specialistica per prestazioni di diagnostica strumentale;
- Convenzioni per assistenza riabilitativa;
- Assistenza integrativa (in regime di accreditamento);
- Case di cura private (assistenza ospedaliera in strutture accreditate);
- Prestazioni da Aziende Sanitarie regionali (mobilità passiva intra-regionale);
- Prestazioni da Aziende sanitarie extra-regionali (mobilità passiva extra-regionale).

Altri costi di gestione non caratteristica

Ai soli fini della riconciliazione tra la Contabilità Generale e la Contabilità Analitica della ASL sono state previste, nel Piano dei Conti della ASL (e solo di quest'ultima), le voci di costo legate alla gestione finanziaria o straordinaria dell'azienda. Per maggior chiarezza, si fornisce un elenco, il più possibile esaustivo, delle uscite che si ritengono classificabili nel modo di seguito riportato:

Oneri finanziari

Interessi passivi bancari

Altri interessi passivi

Interessi passivi su mutui

Interessi moratori

Altri interessi passivi

Oneri bancari

Rivalutazione monetaria

Differenze passive di cambi

Minusvalenze

Imposte e tasse

IRPEG

Imposte di registro

Imposte di bollo

Tasse di concessioni governative
 Imposte comunali
 Tasse di circolazione automezzi
 Imposte e tasse diverse
 IVA indetraibile ex art. 19 c. 2

Rettifiche di valore di attività finanziarie

Sopravvenienze passive ed insussistenze attive

Perdite su crediti
 Sopravvenienze passive
 Arrotondamenti passivi
 Sconti e abbuoni passivi
 Insussistenze dell'attivo
 Altre sopravvenienze passive e insussistenze attive

I Costi generati

La componente di Domanda non soddisfatta direttamente dalle strutture del Distretto Socio Sanitario, del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale è un importante indicatore di qualità dell'assistenza erogata ed ha un forte impatto sulle performance economiche delle strutture territoriali.

La Domanda non soddisfatta, generata al di fuori della ASL, produce due tipologie di costi:

- costi figurativi, per quanto concerne:
- prestazioni richieste alle strutture di Offerta di altri Distretti;
- prestazioni richieste ad altri erogatori interni alla ASL (ospedali, ospedali di comunità, strutture convenzionate).
- costi reali, in relazione a:
- prestazioni richieste ad erogatori esterni alla ASL.

Nei modelli di Conto Economico previsti per le strutture territoriali queste componenti di costo ricadono nella classe dei costi generati, secondo la seguente articolazione:

- nel Distretto Sanitario di Base, i costi generati sono distinti a seconda che nascano al di fuori o all'interno della ASL. Nell'ambito dei costi generati all'interno della ASL, si distingue tra quelli sorti all'interno o all'esterno del Distretto;

Tabella 4: I costi generati nel Distretto Sanitario di Base

Costi Generati esterni alla ASL
Mobilità passiva
Diagnostica e specialistica in convenzione
Strutture riabilitative in convenzione
Strutture convenzionate per emodialisi
Strutture con.te per tossicodipendenti
.....
Costi generati interni alla ASL

Costi esterni al distretto
Ricoveri ordinari (nei P.O. della ASL)
Ricoveri in DH (nei P.O. della ASL)
Prestazioni ambulatoriali di P.O.
Prestazioni ambulatoriali di Poliambulatorio Territoriale
Costi interni al Distretto
Ricoveri ordinari (nei P.O. della ASL)
Ricoveri in DH (nei P.O. della ASL)
Prestazioni ambulatoriali di Poliambulatorio Territoriale
Prestazioni di riabilitazione in strutture dirette

- nel Dipartimento di Prevenzione e nel Dipartimento di Salute Mentale al contrario si perde la distinzione territoriale e si rileva esclusivamente la componente di costo generata dalla mobilità passiva e dalle strutture convenzionate.

Tabella 5: I costi generati del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale

Costi generati
Mobilità passiva
Gruppo appartamento (Convenzionato)
CREIAP (Convenzionata)
CREIAP (Convenzionata)
Strutture riabilitative residenziali
Strutture riabilitative semiresidenziali

Il processo di riconciliazione tra Contabilità Analitica e Contabilità Generale

La riconciliazione tra Contabilità Generale e Contabilità Analitica deve essere considerata una fase imprescindibile di verifica di completezza e accuratezza delle informazioni rilevate nelle due contabilità.

Il processo di riconciliazione si concretizza nelle seguenti attività:

1. Confronto tra le voci di costo e di ricavo di Co.Ge. e Co.An. Si precisa che talune voci di Contabilità Generale devono essere riclassificate ai fini del confronto con la Contabilità Analitica, ad esempio:
 - i “Ricavi per compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)” in Bilancio sono iscritti in una voce specifica mentre in Contabilità Analitica rientrano nei “Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche”;
 - l’IRAP in Bilancio è tra le imposte di esercizio mentre in Contabilità Analitica concorre alla determinazione del costo del personale;
2. Analisi degli scostamenti ed identificazione delle cause;
3. Predisposizione del Conto Economico di Contabilità Analitica definitivo;

4. Giustificazione degli scostamenti non recepiti. Adeguati commenti sugli scostamenti dovranno sempre essere indicati;
5. Predisposizione della riconciliazione del risultato di periodo di Contabilità Analitica e di Contabilità Generale. Le principali voci da evidenziare in questa riconciliazione sono:
 - l'abbattimento della produzione per superamento del tetto di spesa comunicato dalla Regione;
 - la sterilizzazione degli ammortamenti effettuata attraverso l'utilizzo dei contributi in conto capitale registrati nelle voci del Patrimonio Netto di Contabilità Generale;
 - gli eventuali fondi di riorganizzazione Aziendale assegnati dalla Regione (da non rilevare in Contabilità Analitica in quanto non attinenti la produzione);
 - scostamenti riconducibili alle differenze di valutazione tra costi di acquisto di materiale sanitario e non sanitario in Contabilità Generale (rettificati dell'effetto delle rimanenze) e consumi rilevati dalla Contabilità Analitica;
 - scostamenti derivanti da differenze nei criteri di calcolo degli ammortamenti in Contabilità Generale e in Contabilità Analitica.

Il Full costing: il ribaltamento dei costi indiretti

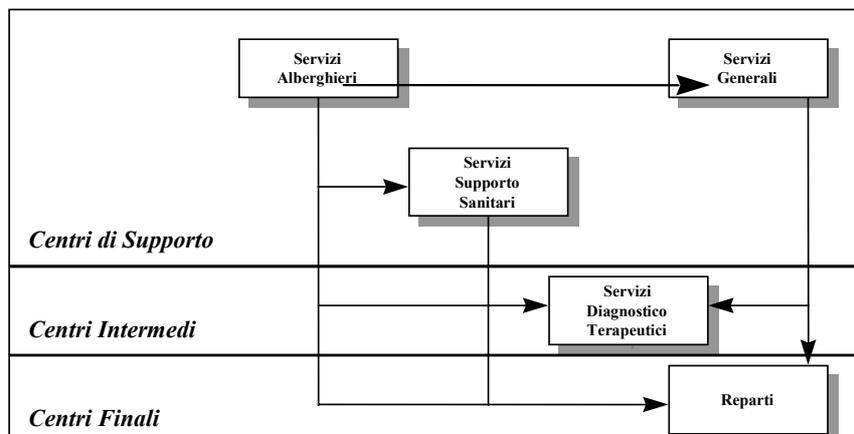
Premessa metodologica

Il modello di Controllo di gestione proposto ha l'ambizione di pervenire alla definizione del costo pieno di prodotto, *full costing*, attraverso l'individuazione, oltre che dei costi direttamente attribuibili al Centro di costo, della quota di costi indiretti che possono essere ragionevolmente allocati all'unità operativa. A tal fine risulta di fondamentale importanza la classificazione dei Centri di costo presentata nel capitolo "Il Piano dei Centri di costo e responsabilità" a pag.23:

- Centri finali: sono quei centri che istituzionalmente, all'interno di Presidi, Dipartimenti e Distretti, erogano prestazioni di tipo sanitario direttamente all'utente finale;
- Centri intermedi: sono quei centri che erogano prestazioni sia all'utente finale, che ai centri finali; tipicamente i servizi diagnostico terapeutici all'interno delle strutture ospedaliere rientrano in questa classificazione;
- Centri di supporto: sono tipicamente quelle unità operative che erogano prestazioni, di natura sanitaria o non sanitaria, ad altri centri di costo, come avviene nel caso dei servizi generali, servizi alberghieri e servizi di supporto sanitari;

La metodologia del ribaltamento consente di attribuire a "cascata" a ciascun centro quote di costi sostenuti da altre unità operative (e per questo definiti "indiretti"), in relazione al numero e alla tipologia di servizi ricevuti. E' da precisare che i ribaltamenti vanno effettuati secondo un preciso ordine. Nella procedura di "ribaltamento a cascata", infatti, ogni ribaltamento dei costi relativi ad un centro prevede la ripartizione anche dei costi indiretti precedentemente attribuiti a quel centro a seguito di precedenti ribaltamenti. Graficamente il sistema dei ribaltamenti si presenta come in figura 2.

Figura 2: Il ribaltamento dei costi indiretti



E' opportuno sottolineare che, nell'impostazione definita e a garanzia della confrontabilità dei risultati del Controllo di gestione delle varie aziende, i ricavi vengono interamente allocati ai centri finali ove questi si generano (ad esempio per i DRG solo nel Reparto di dimissione), mentre i costi "inseguono" i ricavi secondo lo schema di ribaltamenti sopra riportato.

- Centro di costo da Ribaltare: specifica il centro di cui si sta descrivendo la procedura di ribaltamento.
- Driver di Ribaltamento: il ribaltamento del costo di un centro viene effettuato in proporzione ad un "driver", ovvero ad un parametro che misura l'attività prestata dal centro stesso in favore di altri centri di costo: un maggiore o minore valore del driver di ribaltamento comporta quindi, rispettivamente, una maggiore o minore quota di costi indiretti.
- Conto ricevente: specifica il conto (classificato tra le diverse tipologie di costo indiretto), all'interno del conto economico per centro, su cui lo scarico del costo indiretto del servizio in questione deve essere allocato.
- Cdc di destinazione: si tratta dell'unità operativa cui viene allocato il costo indiretto.

In sostanza, per addivenire ad un'allocazione di un costo indiretto che sia quanto più rappresentativa dell'utilizzo di risorse da parte di un dato centro, il costo del servizio (ottenuto come somma di costi diretti ed indiretti, cui viene sottratta la quota di ricavi propri) viene ripartito in funzione di un *cost driver*: se ad esempio il costo da ripartire è costituito dalle utenze telefoniche (Cdc da ribaltare), logicamente, maggiore sarà il numero di scatti telefonici (Driver di ribaltamento) registrati in un'unità operativa (Cdc destinatario), maggiore sarà l'ammontare dei costi indiretti allocati nel conto "Servizi alberghieri – centralino" (Conto ricevente).

Dal punto di vista metodologico, le Unità Operative interessate dal ribaltamento di parte o di tutti i propri costi, troveranno nel proprio Conto Economico una voce di Ricavo "virtuale" di pari importo denominata "Giroconto (g/c) di costi ad altri centri costo". Tale voce rappresenta la contropartita economica del trasferimento di costi, anch'essi solo figurati, ai centri utilizzatori del servizio i cui costi sono oggetto di ribaltamento.

Sostanzialmente, la struttura dei ribaltamenti rimane immutata a seconda che venga applicata a Presidi, Dipartimenti o Distretti; un caso particolare è costituito dai ribaltamenti tra Presidi e Territorio, che sarà oggetto di trattazione del prossimo capitolo.

La struttura dei ribaltamenti

Di seguito verranno indicate, per ciascuna tipologia di costo da allocare secondo la logica del Full Costing aziendale, le specifiche di ribaltamento, i driver adottabili ed i centri di destinazione. Oggetto di questa sezione saranno:

- I servizi alberghieri;
- I servizi di supporto sanitari;
- I servizi diagnostico terapeutici;
- I costi generali di struttura;
- I reparti.

I servizi alberghieri

Accettazione ricoveri

<u>Tipologia</u>	Servizi Alberghieri
<u>Driver di Ribaltamento</u>	■ Numero di ricoveri
<u>Conto Ricevente:</u>	Servizi Alberghieri: - Accettazione ricoveri
<u>CdC di Destinazione:</u>	Reparti

Centrale termica/riscaldamento

<u>Tipologia</u>	Servizi Alberghieri
<u>Driver di Ribaltamento</u>	■ Superficie occupata
<u>Conto Ricevente:</u>	Servizi Alberghieri: - Centrale termica
<u>CdC di Destinazione:</u>	Tutti i centri “a valle”

Centrale elettrica

<u>Tipologia</u>	Servizi Alberghieri
<u>Driver di Ribaltamento</u>	■ Superficie occupata
<u>Conto Ricevente:</u>	Servizi Alberghieri: - Centrale elettrica
<u>CdC di Destinazione:</u>	Tutti i centri “a valle”

Centralino e telefono

<u>Tipologia</u>	Servizi Alberghieri
------------------	---------------------

- Driver di Ribaltamento
- Numero scatti telefonici: è l'unico driver che consenta una corretta ripartizione dei costi, ma è raramente disponibile;
 - Numero di dipendenti: è una possibile alternativa, anche se presuppone un utilizzo non differenziato del telefono da parte del personale.

Conto Ricevente: Servizi Alberghieri:

- Centralino

CdC di Destinazione: Tutti i centri "a valle"

Cucina e mensa

Tipologia Servizi Alberghieri

- Driver di Ribaltamento
- Numero pasti erogati a dipendenti e a pazienti ricoverati: è il driver più adatto in quanto connesso alla destinazione funzionale dell'Unità Operativa; in molti casi, tuttavia, i relativi dati non sono disponibili;
 - Numero dipendenti + (gg. degenza ordinaria * 2): si tratta di una formula che cerca di stimare il numero dei pasti erogati basandosi sull'assunzione che ogni dipendente consumi un pasto per turno giornaliero e che per ogni giornata di degenza vengano erogati due pasti a paziente; se la seconda parte della formula (gg. Degenza * 2) rappresenta una ragionevole stima dell'effettivo consumo di pasti, la prima parte è invece assolutamente aleatoria, in quanto presuppone che tutti i dipendenti consumino un pasto al giorno in mensa.

Conto Ricevente: Servizi Alberghieri:

- Cucina e mensa

CdC di Destinazione: Tutti i centri "a valle"

CUP e cassa

Tipologia Servizi Alberghieri

- Driver di Ribaltamento
- Numero di pazienti accettati: con questo driver è possibile ripartire l'attività di prenotazione, accettazione e pagamento ticket effettuata sulla base

dei pazienti che effettivamente hanno usufruito dei servizi diagnostici del Presidio;

- Numero di prestazioni “corrette”: da utilizzare solo in caso di indisponibilità dei precedenti, consente di approssimare il numero di accettazioni con il numero di prestazioni opportunamente ridotto per tener conto delle prescrizioni che presentano più di una prestazione.

Conto Ricevente: Servizi Alberghieri:

- CUP e cassa

CdC di Destinazione: Servizi Diagnostico-Terapeutici e Reparti

Lavanderia e guardaroba

Tipologia Servizi Alberghieri

Driver di Ribaltamento

- Kg di biancheria: è sicuramente il driver migliore per il ribaltamento di questo costo; tuttavia il dato non è sempre disponibile;
- Numero di capi lavati: può essere utilizzato in alternativa al precedente;
- Percentuali stimate: la stima della percentuale di utilizzo del servizio viene fornita dal responsabile del servizio lavanderia, ad es. basandosi su una raccolta campionaria di dati; anche se approssimato, questo driver consente una stima ragionevole dell'attività svolta dal servizio in favore di altri centri;
- Giornate di Degenza: offre il vantaggio di essere sempre disponibile ma lascia fuori dal ribaltamento tutti quei servizi (quali ad esempio le sale operatorie) cui non è possibile attribuire giornate di degenza nonché il costo correlato al lavaggio dei camici del personale dipendente.

Conto Ricevente: Servizi Alberghieri:

- Lavanderia

CdC di Destinazione: Tutti i centri “a valle”

Pulizie

Tipologia Servizi Alberghieri

Driver di Ribaltamento Superficie pulita

Conto Ricevente: Servizi Alberghieri:

- Pulizie

CdC di Destinazione: Tutti i centri “a valle”

Raccolta rifiuti

Tipologia

Servizi Alberghieri

Driver di Ribaltamento

- Kg di rifiuti ‘pesati’: è il driver migliore per il ribaltamento di questo costo, tuttavia il dato non è sempre disponibile; le diverse tipologie di rifiuti (ordinari, speciali, radioattivi) devono subire pesature diverse in funzione del diverso costo di smaltimento;
- Percentuali stimate: la stima della percentuale di utilizzo del servizio viene fornita dal responsabile del servizio, ad es. basandosi su una raccolta campionaria di dati; anche se approssimato, questo driver consente una stima ragionevole dell’attività svolta dal servizio in favore di altri centri.

Conto Ricevente:

Servizi Alberghieri:

- Raccolta rifiuti

CdC di Destinazione:

Tutti i centri “a valle”

I Servizi di supporto sanitari

Servizio anestesiologicalo

Tipologia

Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento

- Ore di turno degli anestesisti e rianimatori + ore di chiamata da pronta disponibilità per urgenze: il centro di costo accoglie il costo complessivo del personale anestesista e rianimatore e deve essere ripartito sui centri in cui essi prestano la propria attività in funzione della relativa turnistica, tenendo però conto delle chiamate da pronta disponibilità per urgenze operatorie.

Conto Ricevente:

Servizi Supporto Sanitari:

- Anestesisti e rianimatori

CdC di Destinazione:

Sale operatorie, Rianimazione, eventuali altri centri su cui è prevista copertura da parte degli anestesisti/rianimatori.

Terapia intensiva

Tipologia

Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento

- Numero di giornate di degenza in rianimazione

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Rianimazione

CdC di Destinazione: Reparti

Degenze intensive dedicate

Tipologia Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento ■ costo interamente attribuito: essendo queste unità dedicate (ad esempio UTIN, UTIC, ecc.) i costi, pur conteggiati separatamente, vengono successivamente interamente attribuiti al relativo Reparto.

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Degenze intensive dedicate

CdC di Destinazione: Reparti specifici

Farmacia (magazzino)

Tipologia Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento ■ Numero di prodotti prelevati dal magazzino farmaceutico: è probabilmente il driver migliore per il ribaltamento di questo costo; tuttavia il dato non è facilmente desumibile dal sistema di farmacia;

■ Valorizzazione dei prodotti prelevati dal magazzino: più agevole da ottenere, è anche molto meno rappresentativo dell'impegno per il servizio, in particolare per quei centri che ricevono materiali particolarmente costosi.

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Farmacia

CdC di Destinazione: Reparti, servizi diagnostico terapeutici e di supporto sanitari

Fisica sanitaria

Tipologia Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento ■ Costo/prezzo di trasferimento delle prestazioni: è necessario rilevare nel tempo le varie tipologie di servizi effettuati per i vari centri di costo;

■ Percentuali stimate: la stima della percentuale di utilizzo del servizio viene fornita dal responsabile del servizio stesso, ad es. basandosi su una raccolta campionaria di dati; anche se approssimato, questo driver consente una stima ragionevole dell'attività svolta dal servizio in favore di altri centri.

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Fisica sanitaria

CdC di Destinazione: Reparti, servizi diagnostico terapeutici e di supporto sanitari

Laboratorio farmaceutico

Tipologia Servizi di Supporto Sanitari

E' la parte del servizio di farmacia che si occupa della preparazione di galenici.

Driver di Ribaltamento

- Costo/prezzo di trasferimento delle prestazioni: è necessario rilevare nel tempo le varie tipologie di servizi effettuati per i vari centri di costo;
- Percentuali stimate: la stima della percentuale di utilizzo del servizio viene fornita dal responsabile del servizio stesso, ad es. basandosi su una raccolta campionaria di dati; anche se approssimato, questo driver consente una stima ragionevole dell'attività svolta dal servizio in favore di altri centri.

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Laboratorio farmaceutico

CdC di Destinazione: Reparti, servizi diagnostico terapeutici e di supporto sanitari

Poliambulatorio ospedaliero

Tipologia Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento

- Ore di agenda 'pesate': le ore di agenda di ogni specialità presso il poliambulatorio ospedaliero devono essere opportunamente pesate sia in base al fatto che sia prevista o meno la presenza di un infermiere durante l'attività del medico, sia in relazione all'eventuale utilizzo di altre risorse.

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Poliambulatorio

CdC di Destinazione: Reparti ed, eventualmente, alcuni servizi diagnostico-terapeutici

Sala operatoria

Tipologia: Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento:

- Ore di utilizzo della sala operatoria in elezione e in urgenza: vanno considerate solo le ore di seduta operatoria, distinte da quelle necessarie per addormentare e risvegliare il paziente; queste ultime hanno infatti un peso inferiore per il minor carico assistenziale che comportano. Questo driver risulta il più appropriato per l'attribuzione del costo del blocco operatorio; tuttavia spesso il dato relativo alla

durata degli interventi effettuati non è disponibile;

- ore pesate di seduta operatoria in elezione: può approssimare il precedente ma distribuisce in proporzione alle ore di elezione anche il costo delle urgenze fuori seduta; questo genera una sovrastima del costo attribuito a certe specialità (ad es. oculistica ed otorino) rispetto ad altre (ad es. chirurgia generale ed ortopedia) che effettuano più frequentemente interventi in urgenza.

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Sala operatoria

CdC di Destinazione: Reparti

Servizio dietetico

Tipologia Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento

- Costo/prezzo di trasferimento delle prestazioni: è necessario rilevare nel tempo le varie tipologie di servizi effettuati per i vari centri di costo;
- Percentuali stimate: la stima della percentuale di utilizzo del servizio viene fornita dal responsabile del servizio stesso, ad es. basandosi su una raccolta campionaria di dati; anche se approssimato, questo driver consente una stima ragionevole dell'attività svolta dal servizio in favore di altri centri.

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Servizio dietetico

CdC di Destinazione: Reparti

Camera mortuaria

Tipologia Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento ■ Numero di decessi

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:

- Servizio necroscopico

CdC di Destinazione: Reparti

Sterilizzazione

Tipologia Servizi di Supporto Sanitari

Driver di Ribaltamento

- Percentuali stimate: la stima della percentuale di utilizzo del servizio viene fornita dal responsabile del servizio stesso, ad es. basandosi su una raccolta campionaria di dati; anche se approssimato, questo driver consente una stima ragionevole

dell'attività svolta dal servizio in favore di altri centri.

Conto Ricevente: Servizi Supporto Sanitari:
- Sterilizzazione

CdC di Destinazione: Reparti, servizi diagnostico terapeutici e di supporto sanitari

Servizi diagnostico-terapeutici

La valorizzazione dell'attività erogata dai servizi diagnostico terapeutici si presenta complessa in quanto affrontabile con diversi approcci, ognuno dei quali con vantaggi e svantaggi tali da rendere impossibile la definizione di una soluzione in assoluto ottimale.

La scelta del meccanismo di allocazione di questi costi può pertanto essere fatta in considerazione dello stato di avanzamento del Controllo di gestione e può vedere un'evoluzione per stadi successivi, secondo la progressione qui presentata.

Stadio 1: "Adozione del Nomenclatore Tariffario"

Allo stadio di avvio del controllo di gestione viene usualmente utilizzato come criterio di allocazione del costo dei servizi diagnostici il metodo "della tariffa del nomenclatore".

Il principale vantaggio di questo approccio è rappresentato dalla semplicità, dato che ci si basa su un sistema tariffario definito a livello nazionale.

Questo approccio presenta tuttavia una serie di inconvenienti non trascurabili.

Innanzitutto, le tariffe sono pensate per pazienti ambulatoriali esterni; ci sono tuttavia delle prestazioni eseguite esclusivamente su pazienti interni per le quali non esiste tariffa nel nomenclatore e per le quali si pone comunque il problema di definire un meccanismo diverso di valorizzazione.

Inoltre il costo di esecuzione delle prestazioni è generalmente superiore alla tariffa; la situazione è aggravata dal fatto che per alcuni pazienti interni il carico assistenziale è talmente oneroso da rendere ancora più costosa la prestazione.

Occorre a questo proposito sottolineare che le tariffe non sono dei prezzi di mercato derivanti dall'incontro tra Domanda e Offerta e che, in generale, esse vengono definite con una logica non necessariamente correlata ad una puntuale analisi dei costi di produzione delle prestazioni stesse.

Stadio 2: "Transfer cost"

L'adozione di una metodologia a "transfer cost" consente di individuare il costo effettivo (stimato in maniera progressivamente più raffinata) delle prestazioni, in modo da poterlo anche raffrontare con la relativa tariffa.

Tra i metodi utilizzabili a questo fine viene individuato quello che opera attraverso un sistema di pesatura delle prestazioni.

Applicando il criterio delle quantità pesate, si attribuisce ai Centri di costo richiedenti il costo del servizio sulla base dei volumi 'pesati' di prestazioni richieste, i quali vengono calcolati considerando che ogni prestazione assorbe una diversa quantità di risorse. A tal fine, viene assegnato ad ogni prestazione un peso che esplicita il grado di assorbimento di risorse da parte della prestazione all'interno del servizio. I pesi delle prestazioni possono essere

mutuati da studi effettuati dalle varie Associazioni di categoria (SIRM, AIAPEC, ecc.) ed eventualmente rivisti dai Responsabili dei servizi in relazione alle precipe caratteristiche del servizio stesso.

- la base del calcolo del costo di ciascuna prestazione esiste il seguente schema logico:
- ene calcolata la quantità totale (Q_i) di prestazioni erogate per pazienti esterni e ricoverati;
- calcolano la quantità pesate totali per interni ed esterni per ogni prestazione, $P_i = \text{Peso}_i * Q_i$;
- esegue la sommatoria di tutte le quantità pesate $P = \sum P_i$;
- calcolano i costi totali del servizio (diretti + indiretti) CT;
- esegue il calcolo del costo per unità di peso: $\text{CUP} = \text{CT} / P$;
- calcola quindi il costo medio per prestazione: $C_i = \text{peso}_i * \text{CUP}$
- questo punto, ad ogni singolo centro di costo richiedente, viene attribuito il costo del servizio sulla base del volume di prestazioni richieste, moltiplicando le quantità richieste per ogni prestazione per il costo relativo; si ribalterà quindi un valore pari a $\sum Q_i * C_i$;
- sì facendo, il servizio scarica i costi relativi alle prestazioni richieste dai Reparti, e sostiene invece i costi relativi alle prestazioni effettuate per pazienti ambulatoriali; dal confronto tra questi ultimi e il ricavo derivante dalla valorizzazione a tariffa delle prestazioni medesime, si realizza il margine di contribuzione del servizio.

Utilizzando questo metodo, il servizio non genera un margine sulle prestazioni eseguite per i centri interni ma solo sulle prestazioni per esterni. Tuttavia, se esistono delle economie di scala, anche il volume delle prestazioni eseguite per interni concorre ad abbattere il costo unitario delle prestazioni e quindi a migliorare il margine anche per quanto riguarda l'attività per esterni.

Il principale svantaggio di questo approccio è rappresentato dal fatto che efficienze ed inefficienze del servizio vengono scaricate sui centri utilizzatori.

Stadio 3: "Transfer price"

Il metodo di "transfer price" consiste nella definizione di un prezzo interno di trasferimento che regola le transazioni intra-aziendali.

Il processo di definizione del transfer price è certamente delicato e complesso. La definizione dei prezzi di trasferimento può infatti o scaturire dall'individuazione di prezzi (non tariffe) di mercato di riferimento o dalla valutazione del "costo standard obiettivo" per singola prestazione a cui, eventualmente, applicare una percentuale negoziata di margine per il servizio erogatore.

Entrambe le alternative presentano elementi di complessità che ne sconsigliano l'adozione come sistema iniziale di valorizzazione, anche in considerazione della necessità di introdurre meccanismi di negoziazione tra "domanda" e "offerta" all'interno dei servizi.

Peraltro, l'eventuale adozione di un sistema di prezzi di trasferimento riguarda non solo i servizi diagnostici ma, più in generale, tutti i servizi oggetto di scambio all'interno dell'azienda.

La soluzione che si suggerisce è quella del transfer cost. Lo schema di ribaltamento che ne deriva è il seguente:

Servizi diagnostico terapeutici

<u>Tipologia</u>	Servizi Diagnostico Terapeutici
<u>Driver di Ribaltamento</u>	■ Transfer cost
<u>Conto Ricevente:</u>	Servizi Diagnostico Terapeutici
<u>CdC di Destinazione:</u>	Reparti

I costi generali di struttura

Per questa tipologia di costi è difficile identificare, soprattutto in fase di avvio del Controllo di gestione, un 'driver' che dia un'oggettiva misura dei servizi effettivamente forniti da questi centri (si pensi ad esempio alla ripartizione della Direzione Aziendale o della Direzione Sanitaria).

Da un punto di vista metodologico, il problema potrebbe essere correttamente affrontato solo attraverso l'applicazione di logiche di "activity based costing" che consentano di identificare in dettaglio tutte le tipologie di attività effettivamente svolte da ciascun servizio e, conseguentemente, di calcolarne il costo in modo puntuale al fine di poter disporre di una solida base di valorizzazione dei servizi ceduti alle varie unità operative aziendali.

Tale approccio risulta tuttavia estremamente complesso e, di conseguenza, piuttosto costoso da implementare; per questa ragione si ritiene ragionevole adottare il criterio di ripartizione dei costi generali e di struttura in proporzione al fatturato di ciascun centro finale e intermedio su cui tali costi vengono ribaltati (escludendo dalla base di attribuzione l'eventuale fatturato interno).

Servizi generali (per ogni singolo centro)

<u>Tipologia</u>	Servizi Generali
<u>Driver di Ribaltamento</u>	■ Percentuale sul fatturato
<u>Conto Ricevente:</u>	Servizi Generali: - <un conto per ogni centro>
<u>CdC di Destinazione:</u>	Reparti, Servizi Diagnostico-terapeutici, Terapie Intensive, Pronto Soccorso

Reparti

Anche i Reparti, sebbene siano considerati centri finali tout court, possono essere interessati al processo di ribaltamento, in particolare per il fenomeno delle visite a parere.

“Visite a parere”, consulenze, altre prestazioni

<u>Tipologia</u>	Prestazioni interne da Reparti
<u>Driver di Ribaltamento</u>	■ Tariffa / Transfer cost / Transfer price
<u>Conto Ricevente:</u>	Costi indiretti da Reparti
<u>CdC di Destinazione:</u>	Reparti, servizi diagnostico terapeutici, rianimazione.

I ribaltamenti di costi tra Presidio e Territorio

Come accennato in precedenza, il sistema dei ribaltamenti interessa anche quelle strutture territoriali che insistono su un Presidio Ospedaliero o servizi del Presidio Ospedaliero che erogano prestazioni per il Territorio.

Strutture territoriali all'interno del Presidio

È il caso che si presenta tipicamente per i Poliambulatori territoriali presenti all'interno di un Presidio Ospedaliero. Questi assorbono risorse dalla struttura ospedaliera e, di conseguenza sono interessati al ribaltamento dei costi dei servizi alberghieri e generali. Per riallocare i costi al Territorio, si procederà nel modo seguente: i costi in oggetto verranno allocati nel Centro "Costi generali di struttura" o "Direzione generale" del Distretto e, contemporaneamente, si costituirà una voce di ricavo virtuale "Scarico costi a Distretto" nel Conto Economico di Presidio. In sintesi:

<u>Tipologia</u>	Servizi di supporto sanitario
<u>Conto Ricevente:</u>	■ Distretto: Costi indiretti da Poliambulatori ■ Presidio: Scarico costi a Distretto
<u>CdC di Destinazione:</u>	Distretto: Direzione o Costi generali di struttura Presidio: Poliambulatorio

Prestazioni erogate da una struttura del presidio a strutture territoriali

Con analogia al ribaltamento dei servizi diagnostici, in questo caso la logica adottata è quella del Transfer cost, con le opportune attenzioni derivanti dalla natura intercompany dell'operazione. In sintesi:

<u>Tipologia</u>	Servizi diagnostico terapeutici
<u>Conto Ricevente:</u>	■ Distretto: Costi indiretti da servizio diagnostico A ■ Presidio: Scarico costi a Distretto (Ricavo)
<u>CdC di Destinazione:</u>	Distretto: Centro di costo richiedente la prestazione Presidio: Servizio diagnostico erogante la prestazione

Il sistema di Reporting

Premessa

La predisposizione delle informazioni operative dirette alla Direzione ed ai responsabili costituisce il cosiddetto sistema di Reporting necessario per l'analisi dell'andamento gestionale e per la formulazione degli obiettivi di periodo e per la definizione di interventi correttivi (analisi degli scostamenti). Il Controllo di gestione è un processo continuo che viene sintetizzato periodicamente in una relazione, grazie alla quale la Direzione può:

- conoscere i programmi ed i piani;
- individuare gli standard di riferimento;

- misurare i risultati di gestione;
- disporre di un'indicazione parametrica della produttività dei servizi;
- monitorare le cause degli scostamenti onde attivare interventi correttivi.

Il Reporting per il Territorio

Il sistema di Reporting per l'Azienda U.S.L. in relazione all'attività erogata dal Territorio è composto da:

- Conto Economico di:
 - Dipartimento di Prevenzione;
 - Dipartimento di Salute Mentale;
 - Distretti;
 - Aree centrali – Direzione Generale.

Il Conto Economico in forma scalare riporta costi e ricavi di competenza dei singoli centri ed i margini di primo e secondo livello: il Margine di I livello deriva dalla differenza tra ricavi e costi diretti; sottraendo da questo importo i costi indiretti si ottiene il Margine di II livello.

Le poste economiche di costo e di ricavo derivano dalla riclassificazione del Piano dei conti di Contabilità Analitica descritto nel Capitolo ad esso dedicato (pag.36).

- Indicatori di attività delle strutture che erogano attività sanitaria; tipicamente:
- Indicatori di capacità produttiva: esprimono la dotazione strutturale del servizio/struttura;
- Indicatori di personale: sintetizzano l'apporto del personale, in termini di full time equivalent (rapporto ore lavorate e ore contrattuali);
- Indicatori di incidenza economica diretta (ovvero costi sorti in strutture a gestione diretta dell'ASL) e indiretta (ovvero generati da strutture esterne all'ASL, come le strutture in convenzione);
- Indicatori di output: esprimono volumi e tipologia delle prestazioni erogate.

La reportistica del Distretto

La complessa articolazione del Distretto, inevitabile conseguenza della molteplicità di strutture assistenziali che vi insistono, rende necessaria una reportistica finalizzata al monitoraggio della performance delle diverse unità operative.

- Il seguente prospetto permette di sintetizzare la struttura dell'Offerta di prestazioni socio-sanitarie da parte del Distretto:

Struttura dell'offerta				
1	Ospedali presenti nel DSB	N.	Posti letto	% ASL
	- Aziende Ospedaliere (attualmente non presente)			
	- Ospedali a diretta gestione dell'ASL			
	- Privati Accreditati			
	- Privati non accreditati			
2	RSA	N.	Posti letto	% ASL
	- Convenzionate			

3	<ul style="list-style-type: none"> - Comunali - A diretta gestione Centri di riabilitazione ex art 26 <ul style="list-style-type: none"> - a diretta gestione del DSB - in Azienda Ospedaliera - in Ospedali a diretta gestione - privati accreditati - privati non accreditati 	N.	Posti letto	% ASL
4	Centri di riabilitazione per tossicodipendenti <ul style="list-style-type: none"> - A diretta gestione del DSB - Privati accreditati - Privati non accreditati 	N.	Posti letto	% ASL
5	Centri di riabilitazione di salute mentale <ul style="list-style-type: none"> - A diretta gestione del DSB - Privati accreditati - Privati non accreditati 	N.	Posti letto	% ASL
6	Poliambulatori territoriali <ul style="list-style-type: none"> - N. poliambulatori territoriali - N. poliambulatori in cui è presente: <ul style="list-style-type: none"> - Radiologia - Laboratorio analisi 	N.	N. branche	
7	Convenzionati esterni <ul style="list-style-type: none"> - di cui con branche specialistiche a visita - di cui con diagnostica strumentale 	N.	N. branche	
8	Centri di riabilitazione <ul style="list-style-type: none"> - A diretta gestione del DSB - Privati accreditati 	N.		% ASL
9	CSM			
10	Case famiglia			
11	Comunità alloggio			
12	Centri Diurni			
13	Comunità Terapeutiche			
14	Consultori familiari			
15	Consultori pediatrici			
16	Ambulatori di neuropsichiatria infantile			
17	SER.T.			
18	Postazioni di PS estivo			
19	Punti di Guardia Medica			
20	Centri prelievi			

Vengono inoltre forniti i volumi di attività erogata da Poliambulatori distrettuali, convenzionati esterni, e da Presidi Ospedalieri (con evidenza, per quest'ultimi, dei ricoveri effettuati in mobilità passiva infra-regionale ed extra-regionale).

Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Guardia Medica e Turistica

Un aspetto rilevante dell'attività distrettuale consiste nell'attività svolta da coloro che generano la domanda di prestazioni sanitarie (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, guardie mediche); la loro attività può essere monitorata e rappresentata mediante:

- Indicatori di capacità produttiva;

- Indicatori dell'attività prescrittiva in termini di:
- Spesa/prestazioni ospedaliere generate;
- Spesa farmaceutica indotta;
- Spesa/prestazioni per specialistica ambulatoriale indotta.

A corredo di questo set di informazioni viene fornito anche il dettaglio delle Prestazioni di Particolare Impegno Professionale erogate nel periodo di riferimento.

Numero medici del DSB:	N.	% tot ASL/valore assoluto
- N. Medici di Medicina Generale (MMG)		
- N. Pediatri di Libera Scelta (PLS)		
- N. Medici di Guardia Medica		

Numero scelte effettuate nel DSB:	N.	% tot ASL/valore assoluto
Medici di Medicina Generale (MMG) Numero medio assistiti per MMG		
Pediatri di Libera Scelta (PLS) Numero medio assistiti per PLS		

Indicatori di domanda e di attività' per assistenza pediatrica di base	H / N.
- Orario medio sett.le apertura amb. Pediatrici	
- N. di pediatri di libera scelta nel Distretto	
- N. assist. <14 anni che hanno effettuato la scelta	
- N. totale scelte dei pediatri di libera scelta	
- N. visite effettuate negli ambulatori dei pediatri	
- N. visite a domicilio effettuate dai pediatri	
- N. richieste visite specialistiche effettuate dai pediatri	
- N. ricette di specialità medicinali e galenici prescritti	
- N. prescrizioni di accertamenti diagnostici	
- N. deceduti per meningite tubercolare età < 14	
- N. ricoveri prescritti dai pediatri di libera scelta	
- N. soggetti trattati in ADP	
- N. accessi per soggetti in ADP	

Indicatori di domanda e di attività' per i Medici di Medicina Generale	H / N.
- Orario medio settimanale di apertura degli ambulatori di medicina generale	
- N. di Medici di Medicina Generale nel Distretto	
- N. assistibili >13 anni che hanno effettuato la scelta del medico	
- N. totale scelte dei Medici di Medicina Generale	
- N. visite effettuate presso gli ambulatori di medicina generale	

- N. di visite a domicilio effettuate dai medici di medicina generale	
- N. richieste di visite specialistiche effettuate dai medici di med. generale	
- N. totale di ricette di specialità medicinali e galenici prescritti	
- N. ricette di specialità medicinali e galenici prescritti ad assistibili < 14 anni	
- N. ricette di specialità medicinali e galenici prescritti ad assistibili > 65 anni	
- N. prescrizioni di accertamenti diagnostici	
- N. prescrizioni di accertamenti diagnostici ad assistibili di età < 14 anni	
- N. prescrizioni di accertamenti diagnostici ad assistibili di età > 65 anni	
- N. ricoveri prescritti dai medici di medicina generale	

Disponibilità dei medici di DSB	N.	% tot ASL/valore assoluto
Numero medio di ore di aperture settimanale degli ambulatori per MMG - N. minuti apertura semestrale / N. assistiti (MMG)		
Numero medio di ore di aperture settimanale degli ambulatori per PLS: - N. minuti apertura semestrale / N. assistiti (PLS)		
- N. punti di guardia medica - N. residenti / N. punti di guardia medica		
N. medio di ore settimanali complessive di apertura dei punti di guardia medica: - N. minuti apertura semestrale / N. residenti		
- N. accessi / N. ore		

Ricoveri nel DSB	N. / € / %	% tot ASL/valore assoluto
Tasso complessivo di spedalizzazione su 1.000 abitanti		
N. ricoveri per MMG: -nei P.O. a diretta gestione della Azienda USL -nelle Aziende Ospedaliere nella ASL -nei privati accreditati nella ASL -in mobilità intra-regionale extra ASL -in mobilità extra-regionale		
Costo (valorizzato a DRG) per ricoveri in Presidi Ospedalieri a diretta gestione per MMG Costo per altri ricoveri per MMG -% di costo generata direttamente dai MMG -% di costo generata dai ricoveri su totale costi generati		

Assistenza farmaceutica MMG/PLS nel DSB	N. / € / %	% tot ASL/valore assoluto
N. prescrizioni farmaceutiche per MMG/PLS - Importo medio prescrizione farmacia al netto del ticket - Importo medio prescrizione farmacia al lordo del ticket - Spesa farmaceutica per MMG/PLS		

- % di costo generata direttamente dai MMG/PLS		
- % di costo generata dall'assistenza farmaceutica su totale costi generati		

Diagnostica strumentale: ad esempio laboratorio analisi	N. / € / %	% tot ASL/valore assoluto
- N. prest. per MMG effettuate in strutture a diretta gestione		
- N. prest. per MMG effettuate in poliambulatori distrettuali		
- N. prest. per MMG effettuate in strutture esterne convenzionate		
- N. prest. per MMG effettuate in mobilità passiva intra-regionale		
- N. prest. per MMG effettuate in mobilità passiva extra-regionale		
- N. prestazioni totali per MMG		
- valore prest. per MMG effettuate in strutture a diretta gestione		
- valore prest. per MMG effettuate in poliambulatori distrettuali		
- valore prest. per MMG effettuate in strutture esterne convenzionate		
- valore prest. Per MMG effettuate in mobilità passiva intra-regionale		
- valore prest. per MMG effettuate in mobilità passiva extra-regionale		
- valore totale prestazioni per MMG		
- % di costo generata direttamente dai MMG		
- % di costo dei laboratori di analisi sul totale della specialistica ambulatoriale		
- % di costo generata dai laboratori di analisi sul totale costi generati dal DSB		

Indicatori di attività per il servizio di guardia medica del DSB	N.	% tot ASL
- N. visite effettuate negli ambulatori di G. M.		
- N. di visite effettuate a domicilio		
- N. richieste di ricovero		
- N. ricette specialità medicinali e galenici prescritti		
- N. prescrizioni accertamenti diagnostici		

Consultori

L'attività dei consultori può essere indagata attraverso indicatori di:

- capacità produttiva;
- personale
- incidenza economica diretta e indiretta;
- output.

Scheda Attività Produttiva dei Consultori	N. / €
- N. consultori familiari	

<ul style="list-style-type: none"> - N. ore settimanali di apertura - N. accessi totali - N. pap test - N. corsi di psicoprofilassi al parto - N. minori affidati dal tribunale dei minori - N. istruttorie per affidi - N. istruttorie per adozioni - N. certificazioni per I.V.G. <p>Personale</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. medici - N. psicologi - N. assistenti sociali - N. ostetriche - N. infermieri <p>Incidenza economica diretta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costo medio per ora di apertura - Costo totale servizio / N. residenti - Costo del personale / N. prestazioni <p>Incidenza economica derivata</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importo medio prescrizione farmacia - Spesa farmaceutica indotta dai Consultori / Spesa farmaceutica DSB <p>Attività</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. residenti / N. consultori - N. minuti apertura semestrale / N. residenti - N. minuti apertura semestrale / N. accessi - N. prestazioni / N. residenti - N. prestazioni / N. accessi 	
---	--

Poliambulatori

I poliambulatori territoriali possono essere analizzati attraverso la costruzione di indicatori di:

- capacità produttiva;
- personale;
- incidenza economica diretta e indiretta;
- output.

L'attività viene inoltre segmentata in branche specialistiche, per ognuna delle quali vengono rilevati, oltre al volume, i giorni di attesa e il rapporto tra numero di prestazione e ore di apertura della struttura.

In un altro documento, viene poi fornito il dettaglio per prestazione di ogni singola branca.

Scheda Attività Produttiva dei Poliambulatori	
N. poliambulatori	
N. ore settimanali di apertura	
N. branche d'attività	

Personale	N.		
- N. medici			
- N. infermieri			
Incidenza economica diretta	€		
- Costo medici / N. prestazioni			
- Costo infermieri / N. prestazioni			
- Costo medio per ora di apertura			
- Costo totale servizio / N. prestazioni			
Incidenza economica derivata	€		
- Importo medio prescrizione farmacia			
- Spesa farmaceutica indotta dai poliambulatori / Spesa farmaceutica DSB			
Attività	N.		
- N. residenti / N. poliambulatori			
- N. minuti apertura semestrale / N. residenti			
- N. prestazioni / N. residenti			
	Gg di attesa	N. prest.	N. prest / N. ore medici
Attività' varia			
Branca specialistica di allergologia			
Branca specialistica di cardiologia			
Branca specialistica di oncologia			
Branca specialistica di dermatologia			
Branca specialistica di endocrinologia			
Branca specialistica di fisiatria			
Branca specialistica di gastroenterologia			
Branca specialistica di ginecologia			
Branca specialistica di ginecologia - ostetricia			
Branca specialistica di medicina dello sport			
Branca specialistica di nefrologia			
Branca specialistica di neurofisiopatologia			
Branca specialistica di neurologia			
Branca specialistica di neuropsicologia infantile			
Branca specialistica di oculistica			
Branca specialistica di odontoiatria			
Branca specialistica di ortopedia			
Branca specialistica di otorinolaringoiatria			
Branca specialistica di pediatria			
Branca specialistica di pneumologia			
Branca specialistica di psichiatria cim			
Branca specialistica di radiologia			
Branca specialistica di reumatologia			
Branca specialistica di urologia			
Tot prestazioni			
Tariffa media			

Assistenza protesica

L'assistenza protesica può essere analizzata attraverso indicatori di domanda e di offerta, come indicato nel prospetto di seguito riportato:

<i>Tipologia di protesi o ausilio</i>	<i>Numero richieste</i>	<i>di cui in comodato d'uso</i>	<i>di cui con autorizzazione acquisto esterno</i>	<i>Spesa per acquisto esterno</i>	<i>Autorizzazione fornitura diretta</i>	<i>Spesa fornitura diretta</i>	<i>SPESA TOTALE</i>	<i>Spesa media per singola protesi o ausilio</i>
TOTALE								

Ser.T.

Il report del Ser.T. permette di apprezzare gli aspetti qualificanti dell'attività del servizio attraverso indicatori di domanda e di attività, corredati dal dettaglio delle prestazioni erogate.

<i>Indicatori di domanda e di attività' Ser. T.</i>	<i>N.</i>
- N. ore settimanali di apertura al pubblico	
- N. utenti residenti nel distretto	
N. totale utenti	
- N. utenti inseriti in comunità terapeutiche	
- N. dimessi da comunità per completamento trattamento	
- N. utenti detenuti	
- N. utenti con provvedimento cautelare art. ex 47 bis	
- N. utenti trattati con metadone	
- N. utenti segnalazione prefettura art. 75 dpr 309	
- N. utenti segnalazioni prefettura art. 121 dpr 309	
- N. utenti trattati con farmaci antagonisti	
- N. utenti reinseriti socialmente	
- N. utenti in centri diurni	
- N. dimessi da comunità per abbandono trattamento	
- N. totale accessi	
- N. totale accessi di cui nuovi utenti	
- N. totale accessi di cui nuovi inserimenti	
- N. deceduti per uso droghe	

La reportistica del Dipartimento di Salute Mentale

L'attività del DSM trova come momento qualificante l'insieme di prestazioni erogate nelle strutture del territorio (Centri Salute Mentale e strutture di riabilitazione). Per ciascuna di queste è previsto un report di sintesi dell'attività svolta corredato dal dettaglio delle prestazioni svolte.

In analogia con quanto visto per le strutture assistenziali del distretto, il reporting prevede la costruzione di indici di:

- capacità produttiva;
- personale;

- incidenza economica diretta e indiretta;
- output.

Centri di Salute Mentale

Scheda Attività Produttiva CSM	N. / €
<ul style="list-style-type: none"> - N. ore apertura settimanale N. totale utenti - di cui nuovi utenti - N. utenti residenti nel distretto - N. utenti non residenti nel distretto - N. totale accessi - N. medio accessi Personale - N. medici - N. psicologi - N. assistenti sociali - N. infermieri - N. altro Incidenza economica diretta - Costo medio per ora di apertura - Costo totale servizio / N. totale utenti - Costo totale servizio / N. totale accessi Incidenza economica derivata - Costo medio per giornata di degenza in comunità terapeutica in convenzione - Costo medio per giornata di degenza in Case famiglia - Costo medio per giornata di degenza in Comunità alloggio Attività - N. minuti apertura CSM / N. totale utenti - N. minuti apertura CSM / N. totale accessi - N. visite / N. medici - N. visite / N. psicologi - N. colloqui di sostegno / N. psicologi e assistenti sociali - N. psicoterapie individuali / N. psicologi - N. psicoterapie di coppia / N. psicologi - N. psicoterapie familiari / N. psicologi - N. test psicodiagnostici / N. psicologi - N. casi trattati nel CSM ricoverati nell' SPDC <ul style="list-style-type: none"> - di cui ricoveri volontari - di cui TSO - N. richieste di ricovero effettuate dal CSM - N. utenti reinseriti socialmente / N. totale utenti 	

Strutture residenziali

Le strutture residenziali sono indagate attraverso l'analisi dei trattamenti effettuati, descritti nel seguente prospetto:

Scheda Attività Produttiva Strutture residenziali	N. / €
Trattamenti Domiciliari <ul style="list-style-type: none"> - N. Utenti 	

<ul style="list-style-type: none"> - N. Trattamenti - Costi sostenuti Trattamenti Ambulatoriali - N. Utenti - N. Trattamenti singoli - N. Utenti - N. Trattamenti gruppo - Costi sostenuti Day Hospital - N. Utenti - N. giornate seminternato base - N. Utenti - N. giornate seminternato grave - Costi sostenuti Trattamenti Residenziali - N. Utenti - N. giornate seminternato base - N. assenze terapeutiche - N. Utenti - N. giornate internato grave - N. assenze terapeutiche - Costi sostenuti TOTALE COSTI 	
---	--

La reportistica del Dipartimento di Prevenzione

L'attività dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione viene descritta attraverso l'elencazione delle prestazioni svolte. Inoltre, per il Servizio di Sicurezza e Prevenzione negli Ambienti di Lavoro, è previsto un prospetto contenente indicatori di:

- capacità produttiva;
- personale;
- incidenza economica (diretta e derivata);
- output.

Scheda del PISL (Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro)	N. / €
<ul style="list-style-type: none"> - N. servizi periferici Personale equivalente - N. medici - N. tecnici della vigilanza - N. infermieri - N. amministrativi - N. altro Incidenza economica diretta - Costo totale servizio / N. totale aziende del/i DSB - Costo totale servizio / N. totale aziende < 50 dipendenti - Costo totale servizio / N. totale aziende > 50 dipendenti 	

<p>Incidenza economica derivata</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costo medio per giornata di degenza in centri di riabilitazione in convenzione <p>Attività</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. residenti / N. ambulatori - N. minuti apertura semestrale/ N. residenti - N. casi / N. residenti - N. minuti apertura semestrale / N. accessi - Tariffa media prestazioni 	
---	--

Il Reporting per i Presidi Ospedalieri

Il sistema di Reporting per i Presidi Ospedalieri è costituito da:

1. Conto Economico in forma scalare rappresentativo dell'attività caratteristica di ciascun Centro di Costo (Reparti, Servizi diagnostico terapeutici, di supporto sanitario, alberghieri, generali); la struttura di CE può essere così sintetizzata:
 - Totale Ricavi – Costi diretti = Margine di I livello
 - Margine di I livello – Costi indiretti = Margine di II livello
 - Margine di II livello – Costi generali = Margine netto

2. Variabili produttive, che riportano una serie di indicatori relativi alla produzione e alla produttività del servizio. Gli indicatori possono essere classificati in:
 - Indicatori di capacità produttiva;
 - Indicatori di output;
 - Indicatori di utilizzo di risorse;
 - Indicatori di mix;
 - Indicatori di personale;
 - Indicatori di costo.

Gli *indicatori di capacità produttiva* descrivono la dimensione del centro produttivo:

- Numero di posti letto ordinari (media dei posti letto effettivamente disponibili nel periodo in esame);
- Numero di posti letto di day-hospital (media dei posti letto effettivamente disponibili nel periodo in esame);
- Numeri di posti letto per attività libero-professionale;
- Disponibilità di sala operatoria: ore settimanali programmate, ore di occupazione effettiva *della sala operatoria, ore di utilizzo extra - seduta della sala operatoria.*

Gli *indicatori di output* descrivono la produzione del Reparto raggiunta nell'arco temporale stabilito:

- Numero di ricoveri medici suddivisi in ricoveri brevi (0-1 giorno), ricoveri ordinari (maggiori e uguali di 48h), e ricoveri oltre soglia;

- Numero di ricoveri chirurgici suddivisi in ricoveri brevi (0-1 giorno), ricoveri ordinari (maggiori e uguali di 48h), e ricoveri oltre soglia;
- Numero di ricoveri di Day Hospital medici e chirurgici;
- Numero di prestazioni ambulatoriali;
- Numero di prestazioni erogate dal servizio diagnostico-terapeutico raggruppate per tipologia e suddiviso tra prestazioni per interni e per esterni.
- Numero di ricoveri in regime di solvenza;
- Numero di prestazioni ambulatoriali in regime di solvenza.

Indicatori di utilizzo di risorse:

- Degenza media suddivisa tra ricoveri medici e chirurgici;
- Degenza media pre-intervento (per i ricoveri chirurgici);
- Tasso di occupazione dei ricoveri ordinari e del day-hospital;
- Tempo medio di attesa per intervento;
- Numero medio di prestazioni diagnostiche per paziente raggruppate per tipologia;
- Numero di ricoveri ordinari (medici e chirurgici) e di day-hospital (medici e chirurgici) per medico;
- Numero di prestazioni ambulatoriali per medico;
- Giornate di degenza ordinaria per infermiere;
- Numero di accessi di day-hospital per infermiere;
- Degenza media dei ricoveri per pazienti in libera professione.

Indicatori di mix:

- Incidenza ricoveri chirurgici brevi sul totale dei ricoveri chirurgici (utile per i Reparti chirurgici);
- Incidenza dei ricoveri chirurgici e medici sul totale dei ricoveri;
- Peso medio del DRG ordinario per le diverse categorie di ricoveri;
- Peso medio del DRG di day-hospital medici, chirurgici;
- Tariffa media delle prestazioni ambulatoriali;
- Valore medio del DRG ordinario e di Day-hospital suddiviso in medico e chirurgico.
- Incidenza dei ricoveri erogati a pazienti solventi sul totale dei ricoveri.

Gli *indicatori di personale* rilevano l'equivalente a tempo pieno del personale in forza nei singoli Centro di Costo. Con il termine "Personale equivalente" si intende l'equivalente a tempo pieno di ciascuna figura professionale, calcolato come rapporto tra il numero di ore timbrate rispetto alle ore previste dai rispettivi contratti (al netto delle ferie). Tale rapporto sarà ovviamente inferiore all'unità nell'ipotesi di assunzione a part-time, sarà pari ad 1 qualora l'individuo sia stato presente per l'intero periodo di riferimento e sarà invece

superiore all'unità in caso di frequenti straordinari ovvero qualora abbia rinunciato a parte delle ferie dovutegli per contratto.

Full time equivalent suddiviso per profilo:

Indicatori di costo:

- Costo del materiale sanitario per paziente (indicatore riferito ai Reparti);
- Costo totale del materiale sanitario (indicatore riferito ai servizi diagnostico-terapeutici);
- Costo materiale sanitario per prestazione (indicatore riferito ai servizi diagnostico-terapeutici).

Nota Bene: nel caso della Terapia Intensiva e delle altre degenze di supporto, il numero di giornate di degenza e il numero di ricoveri deve essere calcolato sul numero di pazienti transitati e non su quelli dimessi.

Qui di seguito viene riportato uno schema delle Variabili Produttive di Reparto e di Servizio.

<i>Variabili produttive di Reparto</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
Nr posti letto		
- Degenza ordinaria		
- Day Hospital		
- Per attività libero-professionale		
Ricoveri ordinari		
- medici		
- chirurgici		
Ricoveri 1g		
- medici		
- chirurgici		
Ricoveri >=48h		
- medici		
- chirurgici		
Ricoveri oltre soglia		
- medici		
- chirurgici		
Ricoveri Day Hospital		
- medici		
- chirurgici		
Incid. Ricoveri chirurgici brevi su tot. ricoveri chirurgici		
Numero di ricoveri in regime di solvenza		
Incid. ricoveri in regime di solvenza sul Totale ricoveri		
Valore DRG medio-Peso medio		
- medici		
- chirurgici		
Per ricoveri 1g		

Variabili produttive di Reparto	N.	%
- medici		
- chirurgici		
Per ricoveri >= 48h		
- medici		
- chirurgici		
Per ricoveri oltre soglia		
- medici		
- chirurgici		
Per Day Hospital		
- medici		
- chirurgici		
Tasso di occupazione		
- Ricovero ordinario		
- Day Hospital (7 giorni/sett.)		
- Day Hospital (5 giorni/sett.)		
Degenza media		
- medici		
- chirurgici		
Per ricoveri >=48h		
- medici		
- chirurgici		
Per ricoveri oltre soglia		
- medici		
- chirurgici		
Per ricoveri pazienti in libera professione		
Accessi Day Hospital		
- medici		
- chirurgici		
Degenza media pre-chirurgica		
Disponibilità di Sala Operatoria		
Ore sett. In elezione		
- con anestesista		
- senza anestesista		
Ore sett. In urgenza (media)		
Durata media interventi		
- Ore per intervento		
Personale equivalente		
- Personale sanitario medico e veterinario		
- Personale sanitario laureato non medico		
- Personale infermieristico		
- Personale tecnico sanitario		
- Personale amministrativo		

<i>Variabili produttive di Reparto</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
- Personale ausiliario e tecnico		
- Personale professionale		
- Tirocinanti e borsisti		
- Personale in collaborazione		
- Personale comandato		
- Personale religioso		
Indicatori di attività per medico		
<i>Ricoveri ordinari per medico</i>		
- medici		
- chirurgici		
<i>Ricoveri DH per medico</i>		
- medici		
- chirurgici		
<i>Ricoveri chir. Tot. (ord.+dh)</i>		
Indicatori di attività per infermiere		
<i>Giornate di degenza ordinaria</i>		
<i>Accessi Day Hospital</i>		
<i>Numero di prestazioni ambulatoriali in regime di solvenza</i>		
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>		
Prestazioni per paziente		
- Allergologia		
- Anatomia patologica		
- Centro trasfusionale		
- Dialisi		
- Emodinamica		
- Gastroent. ed endoscopia		
- Laboratorio analisi		
- Laboratorio di immunoematologia		
- Medicina del lavoro		
- Medicina nucleare		
- Neurofisiopatologia		
- Radiologia:		
- Rx convenzionale		
- TAC		
- RMN		
- Angiografia		
- Altre prest.		
- Recupero e rieduc. Funzionale		
- Servizio cardiologico		
- Rianimazione		
Costo mat. Sanitario per paziente		

<i>Variabili produttive di un Servizio diagnostico terapeutico</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
Personale equivalente - Personale sanitario medico e veterinario - Personale sanitario laureato non medico - Personale infermieristico - Personale tecnico sanitario - Personale amministrativo - Personale ausiliario e tecnico - Personale professionale - Tirocinanti e borsisti - Personale in collaborazione - Personale comandato - Personale religioso Costo Materiale sanitario <i>Costo totale</i> <i>Costo per prestazione</i> Prestazioni erogate <i>N. prestazioni per interni</i> <i>N. prestazioni per esterni</i> Tariffa media		

3. La terza componente del Reporting è costituita dalla scheda di attività dei servizi, nella quale sono contenute tutte le prestazioni erogate dal servizio sia a pazienti ricoverati, sia a pazienti ambulatoriali, con le relative valorizzazioni economiche.

Qui di seguito viene descritto un esempio di scheda di attività di un servizio.

<i>Prestazioni</i>	<i>Transfer cost /price</i>	<i>Tariffa</i>	<i>Esterni</i>				<i>Interni</i>			<i>Reparto "x"</i>	
			<i>Q.tà</i>	<i>Q.tà pes.</i>	<i>Costo</i>	<i>Fatt.</i>	<i>Q.tà</i>	<i>Q.tà pes.</i>	<i>Costo</i>	<i>Q.tà</i>	<i>Costo</i>
Totale											
%											

Timing dei tracciati per la raccolta dei dati gestionali

Nella presente sezione verrà definita la periodicità con la quale le ASL dovranno trasmettere alla Regione i flussi informativi dettagliati nell'Allegato A – Dettaglio flussi informativi.

I tracciati relativi all'Azienda

I seguenti tracciati, vista la loro generalità, costituiscono un onere informativo a carico dell'ASL.

Tracciato	Responsabile	Destinatario	Periodicità
------------------	---------------------	---------------------	--------------------

Conto economico ASL	Ufficio Controllo di gestione ASL	Regione	
Personale dipendente	Ufficio personale/ufficio controllo di gestione ASL	Regione	
Personale convenzionato	Ufficio personale/ufficio controllo di gestione ASL	Regione	

I tracciati relativi al Dipartimento di Prevenzione

L'attività del Dipartimento di prevenzione deve essere monitorata attraverso i seguenti tracciati:

Tracciato	Responsabile	Destinatario	Periodicità
Servizio veterinario - Sanità animale	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	
Servizio Veterinario - Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	
Servizio veterinario - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	
Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro - Prestazioni	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	
Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro - Imprese	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	
Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	

I tracciati relativi al Dipartimento di Salute Mentale

L'onere della raccolta e dell'inoltro dei dati relativi all'attività svolta dai Centri di Salute Mentale è a carico del Dipartimento di Salute Mentale

Tracciato	Responsabile	Destinatario	Periodicità
Centri di Salute Mentale - Dettaglio prestazioni	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	
Centri di Salute Mentale - Prestazioni e contatti	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	
Strutture riabilitative in convenzione	Responsabile di Dipartimento	Controllo di gestione ASL / Regione	

I tracciati relativi al Distretto

I responsabili di distretto sono tenuti a rilevare ed inoltrare i dati relativi all'attività svolta all'interno del DSB. Qualora i distretti non fossero attivati, l'onere informativo spetta al responsabile del servizio o del Dipartimento di Assistenza di Base.

Tracciato	Responsabile	Destinatario	Periodicità
------------------	---------------------	---------------------	--------------------

Tracciato	Responsabile	Destinatario	Periodicità
Farmaceutica convenzionata	Responsabile di distretto/Dipartimento assistenza farmaceutica convenzionata*	Controllo di gestione ASL / Regione	
Emergenza	Responsabile di distretto/Dipartimento assistenza emergenza territoriale*	Controllo di gestione ASL / Regione	
Struttura demografica distretto	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Struttura dell'offerta del distretto	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Assistenza medica di base	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Assistenza pediatrica di base	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Guardia medica	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Poliambulatorio	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Prestazioni da convenzionati esterni	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Ser.T.	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Ser.T. - comunità terapeutica	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Consultori	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Assistenza protesica	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Ambulatori di riabilitazione, Servizio di integrazione scolastica, Centro Socio-Educativo-Riabilitativo per Giovani ed Adulti	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Medicina legale	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	
Case famiglia e Comunità alloggio	Responsabile di distretto	Controllo di gestione ASL / Regione	

*= qualora i dipartimenti in parola siano stati attivati

I tracciati relativi ai Presidi Ospedalieri

Il fabbisogno informativo sull'attività e la dotazione strutturale dei presidi è costituito da:

Tracciato	Responsabile	Destinatario	Periodicità
------------------	---------------------	---------------------	--------------------

Tracciato	Responsabile	Destinatario	Periodicità
Posti letto	Direzione sanitaria/ufficio controllo di gestione P.O.	Controllo di gestione ASL / Regione	
BO	Responsabile U.O./Ufficio controllo di gestione P.O.	Controllo di gestione ASL / Regione	
Terapia intensiva	Responsabile U.O./Ufficio controllo di gestione P.O.	Controllo di gestione ASL / Regione	
Pronto soccorso	Responsabile U.O./Ufficio controllo di gestione P.O.	Controllo di gestione ASL / Regione	
Conto economico Presidio	Ufficio Controllo di gestione PO	Controllo di gestione ASL / Regione	
Magazzino tecnico economale e farmaceutico	Ufficio Controllo di gestione PO	Controllo di gestione ASL / Regione	
Prestazioni ambulatoriali	Ufficio Controllo di gestione PO	Controllo di gestione ASL / Regione	

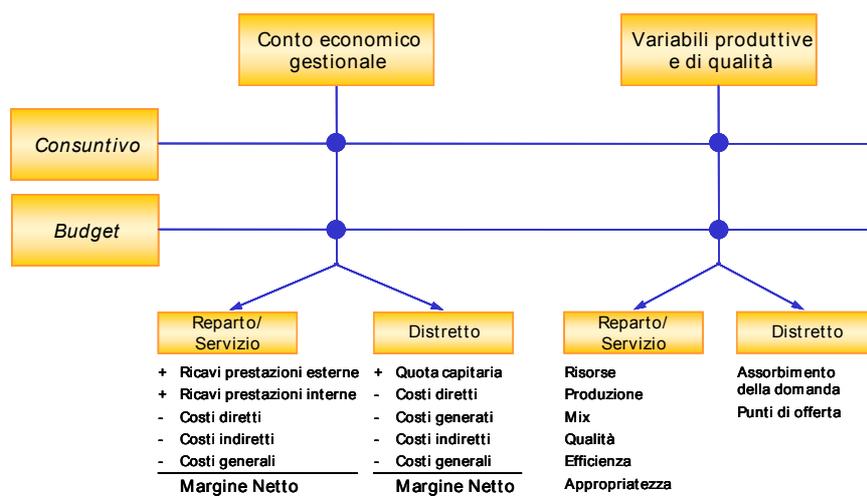
Il processo di Budget

La metodologia regionale di Controllo di gestione, delineata nel presente Documento, si compone di 4 Fasi strettamente correlate:

1. La definizione del Budget;
2. La predisposizione dei Conti Economici e delle Variabili produttive a consuntivo e la verifica della loro coerenza con le indicazioni fornite in sede di Budget;
3. L'analisi degli scostamenti tra Consuntivo e Budget;
4. L'individuazione di azioni correttive → Ritorna alla fase 1).

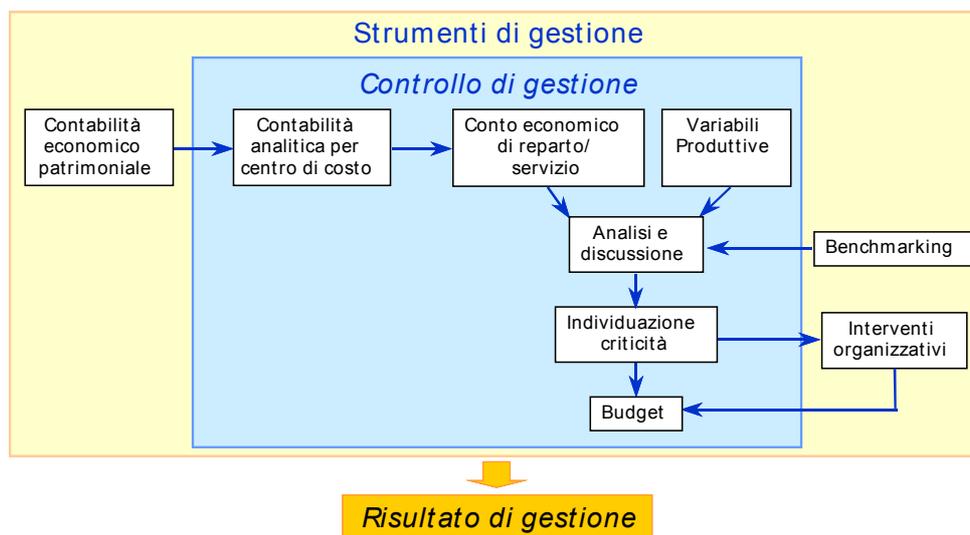
Risulta evidente che, in questa prima fase, in assenza di dati di Budget omogenei, il ciclo verrà attivato partendo dalla predisposizione dei Consuntivi.

Prima di descrivere in dettaglio le 4 Fasi, si precisa che oggetto dei Consuntivi e dei Budget devono necessariamente essere sia i Conti Economici gestionali, sia le Variabili produttive e di qualità; solo in presenza sia dei dati quantitativi che della loro manifestazione economica sarà possibile valutare coerentemente l'andamento di UO/Presidi/Distretti/Dipartimenti/ASL, di volta in volta oggetto di analisi.



Un ulteriore aspetto da sottolineare riguarda il rapporto esistente tra Budget per Unità operativa e Bilancio di Previsione. Analogamente a quanto evidenziato in fase di Consuntivo in ordine alla riconciliazione tra Contabilità Generale e Contabilità Analitica, anche in sede di previsione, deve esistere una forte correlazione tra il Bilancio di previsione ed i Budget economici delle singole unità operative. Il Bilancio di previsione, pertanto, deve dare evidenza non solo di “quanto” si prevede che si modifichi il risultato economico aziendale, ma anche “dove” e attraverso quali azioni tale risultato si deve modificare.

In quest’ottica, diventa fondamentale il Benchmarking con le altre realtà interne ed esterne all’Azienda, al fine di poter correttamente interpretare in termini relativi i valori assoluti evidenziati dal Reporting.



Da ultimo, è opportuno ricordare che il Controllo di gestione non deve rappresentare un mero adempimento normativo: esso rappresenta, a tutti gli effetti, uno strumento per il miglioramento dell’organizzazione e della performance aziendale.

Fatte queste premesse, si procederà ora con la descrizione delle singole fasi del processo. Si rammenta che, per il primo esercizio, il ciclo verrà attivato con la predisposizione dei Consuntivi a cui farà seguito l'individuazione dei Budget. Una volta andato a regime il processo, ovvero a partire dal secondo anno, le fasi seguiranno l'ordine di seguito descritto.

Fase 1) La definizione del Budget

La definizione del Budget passa attraverso le seguenti fasi:

- Definizione degli obiettivi strategici;
- Definizione dei Budget in prospettiva 'top-down';
- Negoziazione degli obiettivi;
- Riaggregazione dei Budget in prospettiva "bottom-up".

La Direzione Generale è il soggetto deputato alla determinazione degli obiettivi di Budget, strategici per l'Azienda. Essi rappresentano la definizione, sull'orizzonte temporale annuale, degli obiettivi di più lungo periodo contenuti nel piano strategico triennale.

Gli obiettivi strategici vanno definiti tenendo in considerazione non solo la coerenza con il Piano strategico d'Azienda ed i principi della attuabilità e verificabilità a breve termine, ma anche altri vincoli:

- normativi (es. tetti ai volumi di prestazioni);
- finanziari (carenza di risorse per investimenti, ecc.);
- strutturali (spazi, sale operatorie, ecc.);
- compatibilità con programmi in corso (es. informatizzazione).

La definizione degli obiettivi strategici dovrebbe già incorporare i risultati delle azioni correttive emerse nel corso dell'analisi degli scostamenti: alcune di esse sono infatti integrabili nel budget top-down, altre richiedono invece un approfondimento in fase di negoziazione.

Gli obiettivi in oggetto possono essere di vario tipo:

- Obiettivi economici: il pareggio di bilancio oppure il piano di rientro (in quote stabilite) dal disavanzo.
- Obiettivi di attività: l'attivazione di nuove unità operative, l'acquisto di nuove attrezzature sanitarie, l'avvio di nuovi sistemi informativi o l'integrazione ed il miglioramento di quelli esistenti, ecc.
- Obiettivi di qualità del servizio: la riduzione dei tempi di attesa, il miglioramento della qualità percepita dagli utenti, l'avvio di progetti di miglioramento della qualità delle prestazioni, ecc.
- Politiche del personale: incentivi, mobilità interna, formazione.
- Ecc.

Per un Reparto, questi obiettivi generali, possono poi tradursi in obiettivi specifici come la riduzione della degenza media, l'aumento del tasso di occupazione, la modifica del mix ricoveri medici/ricoveri chirurgici, l'aumento del numero di ricoveri tramite riduzione della mobilità passiva, il miglioramento del margine netto, ecc.

Per un servizio diagnostico-terapeutico, invece, sono ipotizzabili obiettivi come l'aumento del volume di prestazioni per esterni, la riduzione dei costi unitari, la riduzione dei tempi di risposta per i pazienti interni, il miglioramento del margine, ecc.

L'enfasi data alla fase *top-down* rispetto a quella *bottom-up* dipende dal contesto di ogni singola azienda. In generale si può ritenere che, quanto più è diffusa la cultura gestionale nelle unità operative e quanto più il processo di Budget è diventato parte integrante dei processi gestionali dell'Azienda, tanto maggiore sarà l'enfasi sul processo *bottom-up*.

I Budget *top-down* conferiscono una prima operatività e concretezza agli obiettivi strategici attraverso la formulazione di budget di partenza per ogni unità operativa, in termini di conto economico obiettivo e di configurazione obiettivo delle variabili produttive e qualitative.

La negoziazione dei Budget *top-down* vede coinvolti la Direzione da un lato ed i responsabili di unità operativa/Dipartimento/Distretto dall'altro ed ha lo scopo di "calibrare" gli obiettivi secondo le potenzialità produttive ed organizzative di ogni unità operativa.

La presenza dei responsabili di unità operativa/Dipartimento è necessaria: come già ribadito per la fase di analisi degli scostamenti, il responsabile dell'unità operativa è possessore di informazioni precise della realtà che governa, indispensabili per dare operatività agli obiettivi strategici. Inoltre la negoziazione rappresenta un'occasione di responsabilizzazione formale degli operatori (primari o capi servizio).

La fase di negoziazione deve portare alla condivisione degli obiettivi e degli strumenti e ad un impegno formale per il loro raggiungimento.

L'Azienda è un'organizzazione complessa in cui ogni unità interagisce con le altre: i volumi di ricovero e le scelte cliniche di un Reparto generano una domanda di prestazioni diagnostiche, magari incompatibile con certi obiettivi di riduzione delle code di un servizio diagnostico-terapeutico da perseguirsi con l'aumento delle prestazioni a pazienti esterni; l'obiettivo di riduzione della durata di degenza di un Reparto può dipendere dai tempi di risposta della diagnostica. La prospettiva di Budget diviene, a questo punto, "*bottom-up*": contestualmente si valuta l'impatto reciproco tra i diversi Budget e la coerenza con gli obiettivi strategici, quindi si procede, ove necessario, a rettifiche e iterazioni.

A questo punto il Budget non è più un 'prodotto' della Direzione generale, ma un programma annuale condiviso a tutti i livelli dell'Azienda.

Tale programma verrà sottoposto a verifica tramite elaborazione dei consuntivi e monitoraggio degli scostamenti dando l'avvio ad un nuovo ciclo di Budget.

Fase 2) L'elaborazione dei Consuntivi

Il consuntivo rappresenta una fotografia periodica della situazione effettiva: tanto più frequenti saranno le fotografie nel corso dell'anno, tanto migliore sarà il monitoraggio della struttura nel tempo. La tempestività di analisi ed intervento sulla gestione è funzione della periodicità di consuntivazione. Quest'ultima dipende da quanto i flussi di alimentazione (Produzione, Consumi, Cespiti, Co.Ge. etc.) della Contabilità Analitica sono collaudati e formalizzati e dall'agilità con cui il Sistema di Reporting riesce ad elaborare i dati della Contabilità Analitica.

Si precisa in questa sede che il Conto Economico dell’Azienda (ASL) si ottiene aggregando i Conti Economici dei Distretti, dei Presidi, dei Dipartimenti e delle Aree centrali presenti nella ASL. Tale operazione richiede alcuni accorgimenti:

- eliminazione delle poste “intercompany” (giroconti e ricavi da scarico ad altri centri di costo);
- eliminazione dei costi indiretti.

In sostanza, si perviene alla determinazione di un margine netto di Azienda che deve essere pari alla sommatoria dei margini netti delle aree interessate al consolidamento. Il processo di consolidamento è sintetizzato nello schema di seguito riportato.

Fase 3) L’analisi degli scostamenti



A completamento del processo di budgeting si pone l’analisi degli scostamenti definibile come il momento di verifica della rispondenza dei risultati ottenuti agli obiettivi prefissati.

L’analisi degli scostamenti deve permettere il controllo¹⁰ dell’andamento aziendale in una duplice ottica:

- *in corso d’anno*, per consentire eventuali correzioni alla linea di indirizzo aziendale;
- *ex post*, per valutare la capacità dell’Azienda di perseguire gli obiettivi preposti (efficacia).

La rilevazione delle risorse utilizzate (i costi) generalmente avviene:

- *per i programmi al fine di individuare le basi per la programmazione futura;*
- *per i centri di responsabilità così da misurare e valutare l’attività delle unità operative.*

Infine, l’analisi deve essere condotta esaminando separatamente:

- lo *scostamento di prezzo*. Una prima causa di scostamento è riconducibile all’alterazione dei prezzi di riferimento nei due periodi di tempo considerati. In un “quasi mercato” come quello sanitario il fenomeno potrebbe essere ricondotto, ad esempio, ad una revisione delle tariffe DRG o delle prestazioni ambulatoriali;

¹⁰ Il termine controllo è qui utilizzato nell’accezione anglosassone di *guida all’azione*.

- lo *scostamento di volumi*. Una seconda causa è identificabile nella modifica delle quantità oggetto di valorizzazione e rilevazione nel periodo di riferimento. Questo fenomeno si verifica, ad esempio, quando si altera il numero di ricoveri effettuati o il numero di prestazioni diagnostiche erogate;

Figura 3: Scostamento di volumi e prezzo

Conto economico (L'000)	Medicina				
	Consuntivo		Budget		D Cons.- Budg.
	Valore	%	Valore	%	
Ricavi					
DRG degenza ordinaria	11.919.664	83,8%	12.217.650	84,1%	2,5%
DRG per day hospital	2.174.688	15,3%	2.174.688	15,0%	
Ricavi ambulatoriali	127.923	0,9%	127.923	0,9%	
Ricavi per libera professione	8.122	0,1%	9.000	0,1%	10,8%
Altri ricavi	250	0,0%	250	0,0%	
Totale ricavi	14.230.647	100%	14.529.511	100%	2,1%
Costi operativi					
Costi del personale	4.229.911	29,7%	4.314.509	29,7%	2,0%
Materiale sanitario	1.049.422	7,4%	1.076.778	7,4%	2,6%
Servizi	4.769	0,0%	4.864	0,0%	2,0%
Consulenze	9.177	0,1%	9.361	0,1%	2,0%
Manutenzioni	10.451	0,1%	10.451	0,1%	
Utenze					
Altri costi					
Ammortamenti	19.666	0,1%	19.666	0,1%	
Totale costi operativi	5.323.396	37,4%	5.435.629	37,4%	2,1%
MARGINE OPERATIVO NETTO	8.907.251	62,6%	9.093.882	62,6%	2,1%

- Scost. di volumi
- Scost. di prezzo

- lo *scostamento di mix*. Infine l'ultima causa di scostamento è dovuta alla modifica della composizione del "paniere" oggetto di valorizzazione. Tipicamente ciò accade nelle aziende sanitarie quando si modifica il mix tra ricoveri chirurgici e ricoveri medici.

Figura 4: Scostamento di mix

Variabili 'produttive'	Medicina				D Cons.- Budg.
	Consuntivo		Budget		
	Valore	%	Valore	%	
Nr. prestazioni ambulatoriali	3855	100,0%	3855	100,0%	
Nr. Prestazioni per esterni	3760	97,5%	3760	97,5%	
Nr. Consulenze per altri reparti	95	2,5%	95	2,5%	
Gg. degenza media	13,3		12,2		8,3%
Per ricoveri > 48 ore	12,9		11,8		- 8,5%
- chirurgici	24,8		23,5		- 5,2%
- medici	12,5		11,0		- 12,0%
Per casi soglia	38,3		34,5		- 9,9%
Nr. Personale equivalente	63,1		63,1		
Medico	9,4		9,4		
Infermieristico	42,4		42,4		
Tecnico	11,3		11,3		
Amministrativo					
Degenti per personale					
Nr. Degenti per pers. Medico	263,4		271,3		3,0%
Gg. di degenza per infermiere	776,7		733,7		- 5,5%

- Scost. di mix

L'analisi degli scostamenti ha le seguenti finalità:

- evidenziazione degli scostamenti tra Budget e Consuntivo di periodo;
- analisi delle dinamiche che hanno generato gli scostamenti;

- evidenziazione delle criticità.

Se l'elaborazione dei Consuntivi è un tipico compito dell'Ufficio Controllo di gestione, è importante che l'analisi degli scostamenti sia il più possibile condivisa con i responsabili di unità operativa. Questo per due ragioni:

- i responsabili di unità operativa devono conoscere le modalità di redazione dei documenti di reporting e il significato delle informazioni in essi contenute (es. i concetti di costo aziendale del personale, di ammortamento, dei vari indici di produttività ed attività etc.);
- l'Ufficio Controllo di gestione non conosce i processi produttivi quanto i responsabili di unità operativa: solo quest'ultimi possono fornire la spiegazione esauriente di un dato scostamento e l'indicazione delle eventuali leve sulle quali potranno intervenire per correggere gli scostamenti.

Si comprende che la lettura degli scostamenti richiede l'utilizzo integrato del Conto Economico e della Scheda delle Variabili produttive: l'aumento dei costi per servizi diagnostici sul Conto Economico potrebbe essere chiarito dal dato di volume e di peso delle prestazioni contenuto sulla Scheda delle Variabili Produttive.

Fase 4) La definizione delle azioni correttive

La definizione delle azioni correttive rappresenta il passaggio cruciale tra l'analisi del consuntivo e la definizione del nuovo budget. Tale fase prevede:

- la sintesi delle criticità emerse dall'analisi degli scostamenti;
- l'identificazione delle azioni correttive a breve;
- la definizione degli interventi di riorganizzazione a medio termine;
- la (eventuale e, di norma, eccezionale) ritaratura del budget.

Alcune azioni correttive, quelle a breve termine, devono produrre i propri effetti già per l'esercizio in corso. Gli effetti di quelle di più lungo periodo verranno invece incorporati nel Budget dell'anno successivo.

Il Budget per i Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta

Nell'ambito dell'ASL, può essere opportuno rilevare i costi cercando di individuare i soggetti che inducono alla spesa sanitaria, quali i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta.

Questo sistema di controllo, già sperimentato in alcune realtà, prevede:

- l'individuazione di un Budget di spesa per singolo medico sulla base della popolazione ponderata assistita e della corrispondente quota capitaria;
- la rilevazione dei costi consuntivi per assistenza farmaceutica, ospedaliera, specialistica, diagnostica, residenziale presumibilmente indotti dal Medico di Medicina Generale o dai Pediatri.

L'attuale sistema informativo non consente una chiara e trasparente rilevazione delle informazioni per singolo assistito e non sempre i costi corrispondenti sono indotti dai Medici di base o dai Pediatri; basti, a tale proposito, ricordare la complessità di rilevazione della spesa farmaceutica ricettata dal MMG sulla base di prescrizioni provenienti da medici specialisti ospedalieri.