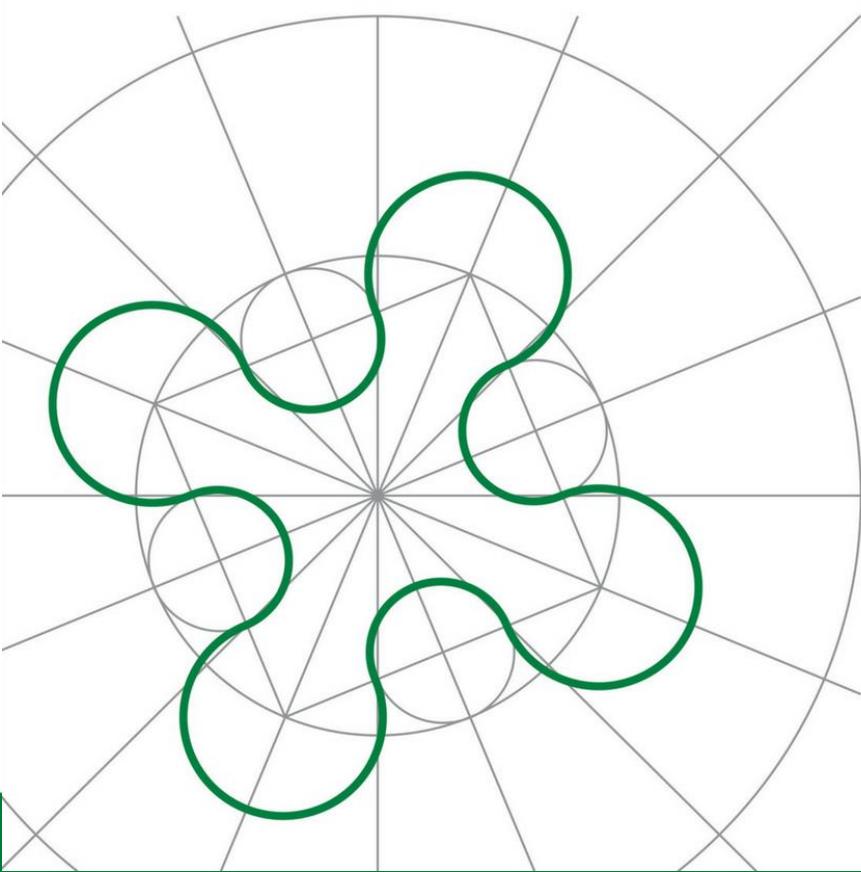


# Linee guida sul controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie

DG Welfare

2023



## **Indice**

Cronologia .....	5
Riferimenti normativi .....	6
Acronimi .....	6
Lista Figure.....	10
Lista Tabelle .....	10
Premessa .....	12
<b>1 Parte Prima: Il ruolo del Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie .....</b>	<b>13</b>
1.1 Il Budget.....	18
1.2 La contabilità analitica.....	20
1.3 Il reporting.....	22
<b>2 Parte Seconda: La contabilità analitica .....</b>	<b>24</b>
2.1 Premessa .....	24
2.2 La contabilità analitica per centro di costo .....	25
2.3 Il flusso di contabilità analitica regionale .....	31
2.4 La metodologia di rilevazione dei costi indiretti .....	33
2.5 I criteri di riallocazione e di ribaltamento .....	35
2.5.1 Riallocazione dei costi relativi a servizi alberghieri, manutenzioni e utenze .....	37
2.5.2 Ribaltamento dei costi rilevati sui cdc_std di supporto e intermedi.....	38
<b>3 Parte Terza: Le Strutture - centri di costo standard .....</b>	<b>50</b>
3.1 Premessa .....	50
3.2 Indicazioni per l'utilizzo del codice struttura nel flusso Coan .....	51
3.2.1 Linee di attività .....	54
3.2.2 Specificità di alcuni centri/attività.....	55
<b>4 Parte Quarta: Le dimensioni economiche - fattori produttivi standard.....</b>	<b>77</b>
4.1 Sez. 1: Ricavi .....	78
4.2 Sez. 2: Costi diretti.....	79
4.3 Particolarità di alcuni Fp.....	82
<b>5 Parte Quinta: Integrazioni al flusso COAN e raccordo tra COAN e COGE.....</b>	<b>84</b>
5.1 Flusso FTE .....	84
5.2 Flusso sale operatorie.....	84
5.3 Flusso ore agenda ambulatoriali .....	84

5.4	Tabella degli scambi economici tra presidi (“Interpresidio”)	84
5.5	Anagrafiche (“Tabrif”)	85
5.6	Il modello della quadratura	85
<b>6</b>	<b><i>Istruzioni per la raccolta e codifica dei dati</i></b>	<b>87</b>
6.1	Diagramma di flusso del processo di acquisizione	87
6.2	Requisiti Enti inviati	88
6.3	Cadenza degli invii	88
6.4	COANRIF	88
6.4.1	Tracciati record	88
6.4.2	Controlli applicati	89
6.5	COAN	95
6.5.1	Tracciati record	95
6.5.2	Controlli applicati	97
	<b><i>ALLEGATI</i></b>	<b>103</b>
	<b><i>Allegato 1: Il servizio trasfusionale</i></b>	<b>104</b>
	<b><i>Allegato 2: La rete dei laboratori analisi</i></b>	<b>110</b>
	<b><i>Allegato 3: L’utilizzo della contabilità analitica per la predisposizione dei modelli ministeriali LA e CP</i></b>	<b>112</b>
	La compilazione del modello LA	112
	La compilazione del modello CP	119
	<b><i>Allegato 4: Il Reporting</i></b>	<b>120</b>
	<b><i>Allegato 5: Benchmark di efficienza: Indicatori del Cruscotto di Controllo di Gestione (CGEST)</i></b>	<b>123</b>
	<b><i>Allegato 6: Tabelle che alimentano il flusso CoAn regionale e Moduli di qualità</i></b>	<b>127</b>
	ENUM	127
	Anagrafica strutture LR23	131
	Moduli di qualità	132
	Modulo 1	132
	Modulo 3	136
	Modulo 4	137
	<b><i>Allegato 7: Tariffario Endoscopia</i></b>	<b>138</b>
	<b><i>Allegato 8: Tariffario Radiologia Interventistica</i></b>	<b>142</b>

***Allegato 9: Istruzioni Operative Flusso Coan: Rilevazione costi e ricavi emergenza COVID..... 145***

Premessa ..... 145

Il piano dei centri di costo standard COV 20 ..... 145

Indicazioni specifiche per ASST/IRCCS..... 146

Indicazioni specifiche per ATS ..... 157

## ***Cronologia***

Revisione	Data	Sintesi delle Modifiche
V1	15/04/2023	

## Riferimenti normativi

- **Decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni**
- **Legge regionale n. 31/1997 e successive modificazioni ed integrazioni** “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei Servizi Sociali”
- **L. 405/2001** “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”
- **Legge regionale – Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33**  
Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità
- **Legge regionale – Regione Lombardia 11 agosto 2015, n. 23**  
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
- **L. 28 dicembre 2015, n. 208.**  
Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)
- **Legge Regionale – Regione Lombardia 14 dicembre 2021, n. 22**  
Potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari: modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
- **Modello CP: Linee Guida Modello CP – 31 ottobre 2018**  
(Supplemento ordinario n. 23 alla GAZZETTA UFFICIALE – serie generale n. 147)
- **Modello LA: Linee guida per la compilazione del modello LA**  
(Supplemento ordinario n. 23 alla GAZZETTA UFFICIALE – serie generale n. 147)

## Acronimi

Acronimo/Riferimento	Definizione
28/SAN	Flusso dati delle prestazioni ambulatoriali
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AREU	Azienda Regionale Emergenza Urgenza
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
BI	Business Intelligence
BIC	Bassa Intensità chirurgica
BPE	Bilancio Preventivo Economico
CCNL	Contratto collettivo nazionale di lavoro
cdc	Centro di costo
Cdc_std	Centro di costo standard
CDG	Controllo di gestione
CDI	Centro Diurno Integrato
CdR	Centro di Responsabilità
CE	Conto Economico
CEAD	Centro per l'assistenza domiciliare

Acronimo/Riferimento	Definizione
CEMIN	Conto Economico ministeriale
CET	Conto economico trimestrale
CLV	Centro di Lavorazione sangue
CND	Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici
COAN	Contabilità analitica
COGE	Contabilità generale
COT	Centrale Operativa Territoriale
CPS	Centri Psicosociali
CRR	Centri di Riferimento Regionale
CRS	Carta Regionale dei Servizi
Cruscotto CGEST	Sezione del Portale di Governo Regionale
CSR	Conferenza Stato-Regioni
CUDES	Codice Unico degli Enti e delle Strutture
CUF	Commissione Unica del Farmaco
CUP	Centri Unici di Prenotazione
d.lgs	Decreto legislativo
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DGW/DG Welfare	Direzione Generale Welfare
DH	Day Hospital
DIABET	Flusso Diabetologia
DIETET	Flusso Dietetica
D.M.	Decreto Ministeriale
DM	Dispositivo Medico
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DRG	Diagnosis Related Groups
DS	Day Surgery
DWH	Data Warehouse
ECMO	Ossigenazione Extracorporea Extra Membrana
ENUM	Tabelle di lookup relative alla verifica tracciato per flusso
Flusso CO	Flusso Consumi
Flusso DD	Flusso Distribuzione Diretta
FP	Fattore Produttivo
FTE	Full Time Equivalent
GU	Gazzetta Ufficiale
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSP11	Flusso dati anagrafici delle strutture di ricovero
ICD9CM	Versione italiana della ICD-9-CM International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification (edizione 2007)
IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
LEA	Livelli essenziali di assistenza
LG	Linee guida
Loc	Locale

Acronimo/Riferimento	Definizione
LP	Libera professione
LR	Legge Regionale
MAC	Macroattività ambulatoriale complessa
MMG	Medico di medicina generale
Modello CP	Modello ministeriale di rilevazione dei costi e dei ricavi per il monitoraggio dell'equilibrio della gestione dei singoli presidi ospedalieri
Modello LA	Modello ministeriale di rilevazione dei dati di costo delle Aziende sanitarie e dei Servizi sanitari regionali (SSR/SSR) associati alla erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea)
MPD	Medicinali Plasmaderivati
NAT	Nucleic Acid Tests
NI	Nota integrativa
NOA	Nuclei Operativi Alcologia
NOCC	Nucleo operativo di controllo contabile
NPI	Neuro Psichiatria Infantile
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC	Ospedale di Comunità
OTA	Operatore Tecnico addetto all'Assistenza
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PHT	Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale Ospedale (H) -Territorio (T)
PLS	Pediatria di libera scelta
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
PNE	Programma Nazionale Esiti
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POAS	Piano di Organizzazione Aziendale Strategico
POT	Presidi Ospedalieri Territoriali
PreSST	Presidi Socio Sanitari Territoriali
PROMAG	Riferimento al flusso Protesica maggiore
PROMIN	Riferimento al flusso Protesica minore
PS	Pronto Soccorso
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
PUA	Punto unico di accesso
REG	Regionale
REMS	Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza
REP	Reparto
RIC	Ricerca
RIF	Riferimento
RL	Regione Lombardia
RO	Ricovero Ospedaliero
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSPP	Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione
SAN	Sanità
SDO	Scheda di dimissione ospedaliera
SDO4	Flusso Endoprotesi

Acronimo/Riferimento	Definizione
SERT	Servizi per le Tossicodipendenze
SIMT	Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SISS	Sistema Informativo Socio Sanitario
SITRA	Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale
SMAF	Sistema Modulare Acquisizione Flussi
SMI	Servizi Multidisciplinari Integrati
SO	Sala Operatoria
SRC	Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali
SRP	Strutture Psichiatriche Residenziali
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SSR	Sistema sanitario regionale
Std	Standard
STP	Straniero Temporaneamente Presente
STS	Strutture Territoriali Sanitarie
SUMAI	Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani
TAB RIF	Tabelle di anagrafica di riferimento
TAO	Terapia anticoagulante orale
TI	Terapia Intensiva
TSLB	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCAM	Equipe Valutazione Multidimensionale
UFA	Unità Farmaci Antiblastici
UMACA	Unità Manipolazione Chemioterapici Antiblastici
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UORIF	Unità Operativa di Riferimento
UTIC	Unità di Terapia Intensiva Cardiologica
Xls	Estensione file Excel

## ***Lista Figure***

Figura 1: Ciclo di Deming per il Controllo di Gestione.....	14
Figura 2: Fasi del controllo di gestione.....	15
Figura 3: Ambiti di intervento del controllo di gestione .....	17
Figura 4: Monitoraggio e valutazione degli obiettivi definiti nel budget .....	20
Figura 5: Fonti alimentanti la contabilità analitica .....	26
Figura 6: Livelli di 'ribaltamento' dei centri di costo .....	36
Figura 7: Processo di acquisizione del flusso su SMAF .....	87
Figura 8: Schematizzazione del servizio trasfusionale.....	104
Figura 9: Indicatori di Efficienza disponibili sul Portale di Governo Regionale .....	123
Figura 10: Anagrafiche regionali di riferimento per l'invio del flusso CoAn, sul portale SMAF .....	127
Figura 11: Template del Modulo 1 – Quadratura CoGe - CoAn .....	132
Figura 12: template Modulo 3 – Quadratura del Personale .....	136
Figura 13: Template Modulo 4 - Ribaltamenti servizi intermedi.....	137

## ***Lista Tabelle***

Tabella 1: Riallocazione dei costi relativi a servizi alberghieri, manutenzioni e utenze, driver per fattore produttivo.....	37
Tabella 2: Ribaltamento dei costi rilevati su cdc di supporto alberghiero e amministrativo.....	39
Tabella 3: Ribaltamento dei costi rilevati su cdc di supporto sanitario.....	41
Tabella 4: Ribaltamento dei costi rilevati su cdc dell'area intensiva.....	43
Tabella 5: Ribaltamento dei costi rilevati su cdc intermedi .....	44
Tabella 6: Driver di ribaltamento per i costi rilevati su cdc di supporto e intermedi.....	45
Tabella 7: Gestione dei costi di Pronto Soccorso – esempio: Driver e pesi .....	48
Tabella 8: Centri di costo tipicamente territoriali .....	52
Tabella 9: Centri di costo relativi all'assistenza integrativa e protesica.....	56
Tabella 10: Sequenze Locali CRR .....	59
Tabella 11: File F e relative associazioni .....	63
Tabella 12: Estratti anagrafiche COAN RIF .....	88
Tabella 13: Controlli effettuati da SMAF all'acquisizione del flusso, sul foglio COANRIF_CDC.....	90
Tabella 14: Controlli effettuati da SMAF all'acquisizione del flusso, sul foglio COANRIF_C_COAN.....	91
Tabella 15: Controlli effettuati da SMAF all'acquisizione del flusso, sul foglio COANRIF_CDC_SDO.....	92
Tabella 16: Controlli effettuati da SMAF all'acquisizione del flusso, sul foglio COANRIF_CUDES_INTRA.....	94
Tabella 17: Tracciato record TAB CONTO ECONOMICO .....	95
Tabella 18: Tracciato record TAB ORE AGENDA AMB .....	96
Tabella 19: Tracciato record TAB FLUSSO DEL PERSONALE.....	96
Tabella 20: Tracciato record TAB UTILIZZO SALE OPERATORIE .....	96
Tabella 21: TAB CONTO ECONOMICO (tabella COAN_CE) .....	98
Tabella 22: TAB ORE AGENDA AMB - tabella COAN_AGAMB .....	99
Tabella 23: Tabella Flusso del personale .....	99
Tabella 24: Tabella Utilizzo sale operatorie.....	100
Tabella 25: Controlli formali e rispettiva gravità sul file INTER .....	101
Tabella 26: Linee di attività del servizio trasfusionale.....	105

Tabella 27: Modalità di suddivisione di costi e ricavi tra Servizio Trasfusionale, CLV e Laboratorio di medicina trasfusionale .....	106
Tabella 28: Fattori produttivi di registrazione dei ricavi sul trasfusionale .....	108
Tabella 29: Riepilogo della gestione del Servizio trasfusionale in contabilità analitica .....	108
Tabella 30: Fattori produttivi – Servizio trasfusionale, CLV, Laboratorio di medicina trasfusionale .....	108
Tabella 31: Obiettivo individuato nel Patto per la salute 2010-2012.....	113
Tabella 32: Attività svolte da Direzione di Distretto e Direzione Socio-Sanitaria .....	116
Tabella 33: Logiche di quadratura CoAn-CoGe attive nel Modulo 1 .....	132

## **Premessa**

Il presente documento, redatto con la collaborazione di un gruppo di lavoro di Aziende Sanitarie<sup>1</sup> costituisce il nuovo testo unico delle Linee Guida di regione Lombardia in materia di Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie (ATS, ASST e IRCCS). Il contenuto trae origine dalle precedenti versioni e ne aggiorna alcuni aspetti, tuttavia, rispetto al passato, la scelta è stata di non limitarsi ad un aggiornamento che confermasse quanto non espressamente variato rinviandone l'esposizione, bensì di riscrivere integralmente il testo, includendo anche gli aspetti legati al processo di budget e al reporting aziendale, in modo da fornire alle Aziende Sanitarie Lombarde uno strumento di lavoro unico e una trattazione integrale sulla materia.

Come noto, le Linee Guida regionali nascono già nel 2001 come strumento per fornire alle Aziende una metodologia per il Controllo di Gestione e, da allora, si sono evolute seguendo, da un lato, le esigenze connesse ai debiti informativi nazionali e alla valutazione della produttività e delle performances economica e, dall'altro, l'evoluzione del modello sanitario lombardo, con particolare riferimento alle leggi di riforma del Servizio Sanitario Regionale n. 23/2015 e n. 22/2021. Il risultato di tale evoluzione è esplicitato nel presente lavoro.

Il documento è strutturato nelle seguenti parti:

1. Il ruolo del controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie
2. La contabilità analitica
3. Le strutture: i centri di costo standard
4. Le dimensioni economiche: fattori produttivi standard
5. Integrazioni al flusso coan e il raccordo tra COAN e COGE
6. Le misurazioni di efficienza

ed è integrato da alcuni documenti tecnici riportati in appendice:

- *Allegato 1: Il servizio trasfusionale*
- *Allegato 2: La rete dei laboratori analisi*
- *Allegato 3: L'utilizzo della contabilità analitica per la predisposizione dei modelli ministeriali LA e CP*
- *Allegato 4: Il Reporting*
- *Allegato 5: Benchmark di efficienza: Indicatori del Cruscotto di Controllo di Gestione (CGEST)*
- *Allegato 6: Tabelle che alimentano il flusso CoAn regionale e Moduli di qualità*
- *Allegato 7: Tariffario Endoscopia*
- *Allegato 8: Tariffario Radiologia Interventistica*
- *Allegato 9: Istruzioni Operative Flusso Coan: Rilevazione costi e ricavi emergenza COVID*

---

<sup>1</sup> Azzini S. (ATS Valpadana), Boscagli G. (ASST Brianza), Comelli T. (IRCCS San Gerardo dei Tintori), Esposti M. (ASST Lodi), Goglio S. (ASST Papa Giovanni XXIII), Grugni F. (ATS Pavia), Leggieri T. (ASST Nord Milano), Zanchi D. (ASST Spedali Civili Brescia)

## 1 Parte Prima: Il ruolo del Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie

L'art. 1 del d.lgs. 286/1999 introduce per la prima volta il Controllo di Gestione nella pubblica amministrazione, inquadrandolo nei sistemi di controllo interni e definendolo come l'insieme degli strumenti volti a verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati. Da allora, il termine "Controllo di Gestione" è diventato di uso comune, anche se viene normalmente utilizzato con obiettivi e finalità diverse. In ambito sanitario, questa diversità dipende dal soggetto che opera nell'ambito del controllo della spesa sanitaria che può essere il Ministero della Salute, la Regione, l'Azienda Sanitaria. Ad ogni livello in cui viene svolto, le finalità e le metodologie di controllo di gestione subiscono delle modificazioni, fermo restando il fondamentale obiettivo di garantire che l'azienda operi in modo efficace ed efficiente, così da intervenire nella riduzione dei costi che derivano da sprechi, inefficienze, inapproprietezze del sistema; questi, infatti si ripercuotono sulla capacità del Servizio Sanitario di raggiungere il più elevato scopo di tutela della salute.

In letteratura i sistemi di programmazione e controllo aziendale, in generale, si sviluppano su tre distinte dimensioni:

1. **La pianificazione strategica:** è il processo attraverso il quale si definiscono le finalità dell'organizzazione e le principali linee strategiche. È un processo tipicamente irregolare e non sistematico;
2. **Il controllo direzionale o controllo di gestione:** è il processo regolare e sistematico che assume come date le strategie e le finalità e si occupa dell'implementazione delle strategie e del raggiungimento delle finalità. Opera supportando il management affinché gli obiettivi e le finalità siano perseguiti secondo criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza.
3. **Il controllo operativo:** Individua i processi di controllo utilizzati nello svolgimento della attività quotidiane dell'azienda. Verifica che i compiti siano eseguiti in modo efficace/efficiente. Sono i controlli di carattere routinario e procedurale come, ad esempio, il controllo delle fatture per i quali i dirigenti non sono direttamente coinvolti se non per verificare che il sistema di controllo funzioni o per risolvere le eccezioni.

Le **dimensioni cardini** sulle quali devono essere improntati i **sistemi di controllo** di gestione sono infatti:

- **L'efficienza**, intesa come rapporto tra le risorse (input) utilizzate per l'erogazione del servizio sanitario e i risultati (output e/o outcome) sanitari conseguiti, sia in termini di livelli di produzione e di servizio (output) che in termini di qualità dello stesso (outcome). Un'organizzazione sanitaria efficiente deve ottenere dalle risorse investite il massimo beneficio in termini di salute della popolazione di riferimento.
- **L'efficacia** intesa come capacità di un intervento sanitario di ottenere gli esiti desiderati in termini di riduzione della mortalità e della morbilità e di miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Per il perseguimento di questo fine complessivo è opportuno perseguire distintamente le due dimensioni in cui si articola:

- **L'Efficacia esterna**, intesa come rapporto tra i bisogni di salute e gli obiettivi che l'organizzazione prefigge
- **L'Efficacia interna**, intesa come rapporto tra gli obiettivi e i risultati conseguiti
- **L'appropriatezza** che nelle organizzazioni professionali e in particolare in quelle sanitarie si articola in:
  - **Appropriatezza organizzativa**: un intervento sanitario è appropriato se viene erogato «consumando» un'appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento ai setting assistenziali e ai professionisti coinvolti
  - **Appropriatezza professionale**: un intervento sanitario è appropriato quando è di efficacia provata da evidenza; viene prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata; gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici

I sistemi di controllo di gestione si sviluppano attraverso quello che viene definito ciclo virtuoso PDCA (Plan, Do, Check, Act) e che nei sistemi di valutazione della qualità aziendale è noto come ciclo di Deming.

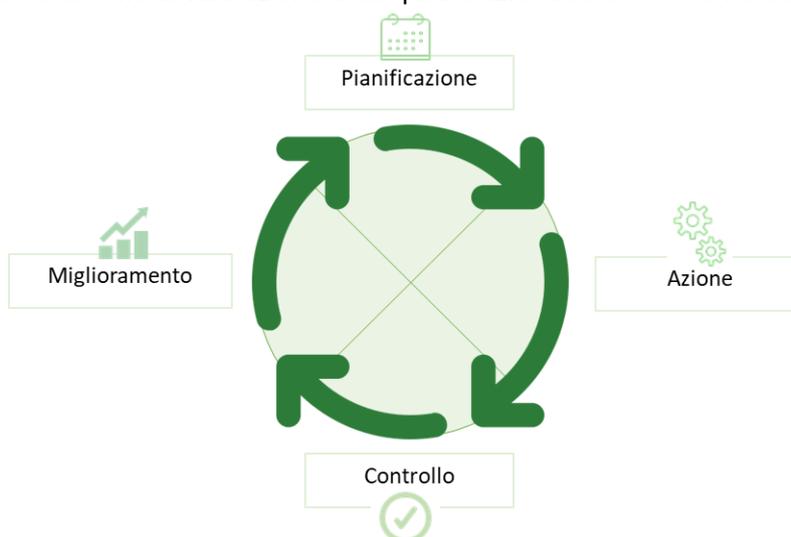


Figura 1: Ciclo di Deming per il Controllo di Gestione

In sostanza il management per garantire che l'Azienda raggiunga le sue finalità deve agire secondo un processo che partendo dalla programmazione inneschi un modello di miglioramento continuo dei livelli di efficienza, efficacia e appropriatezza nella gestione delle diverse attività aziendali.

Tale processo, nell'implementazione del quale sono attivati a supporto del management tutti gli strumenti del controllo di gestione, può essere sintetizzato dall'immagine seguente:

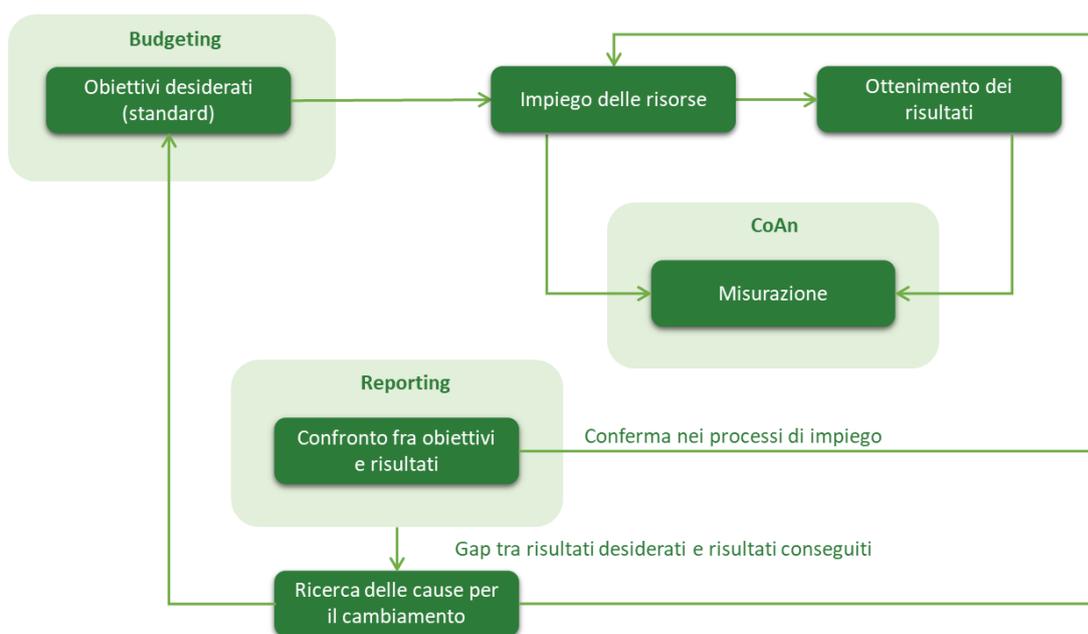


Figura 2: Fasi del controllo di gestione

Nell'ambito delle Aziende Sanitarie, le finalità del controllo di gestione si possono sintetizzare come segue:

- valutazione dell'economicità dell'Azienda;
- focalizzazione sul processo di responsabilizzazione;
- attuazione coerente delle strategie e finalità aziendali attraverso un supporto al processo decisionale del management, a qualsiasi livello dell'organizzazione (direzione aziendale, responsabili di struttura, semplice e complessa, posizioni organizzative, responsabili di gestione e coordinamento di risorse).

L'economicità dell'azienda sanitaria viene già rilevata dal bilancio, il quale consente di determinare quali fattori produttivi (lavoro, beni, ammortamenti impianti e macchinari, prestazioni di servizi, etc.) abbiano dato origine ai costi e quali siano stati i componenti del valore della produzione (contributi in conto esercizio, proventi e ricavi diversi, ricavi per prestazioni sanitarie). Dalla contrapposizione tra il valore della produzione e i costi della produzione, compresi i proventi e oneri finanziari e straordinari e le imposte sul reddito, deriva l'utile o la perdita dell'esercizio. Il bilancio, tuttavia, pur se arricchito dai dettagli della nota integrativa descrittiva, non consente di conoscere il dettaglio del dove si siano verificati i costi e i ricavi e, di conseguenza, gli utili o le perdite. I sistemi di controllo di gestione sopperiscono a tale lacuna, in quanto attraverso uno dei suoi strumenti è in grado di rilevare l'assorbimento di risorse e la produzione nelle singole articolazioni aziendali e/o unità organizzative. Lo strumento del quale si avvale a tale scopo è la contabilità analitica che, attraverso la monetizzazione sia dell'assorbimento di risorse che della produzione, sintetizza costi e ricavi non più solo per natura (cosa) ma anche per destinazione (dove).

I sistemi di controllo di gestione consentono anche di coinvolgere e responsabilizzare i referenti delle singole unità nella gestione economica: il processo di responsabilizzazione riguarda infatti la capacità di formulare, nell'ambito del budget, previsioni di assorbimento di risorse e livelli di attività, quindi obiettivi, e la capacità di raggiungere a consuntivo gli obiettivi prefissati. Il budget riguarda non solo obiettivi

economici e/o obiettivi espressi in termini economici (monetizzazione dell'assorbimento di risorse per i costi e monetizzazione della produzione per i ricavi), bensì livelli di attività e di qualità dei servizi erogati.

Infine, i sistemi di controllo di gestione mettono a disposizione del processo decisionale della direzione strategica e dei responsabili della gestione ai diversi livelli dell'organizzazione i seguenti strumenti, attraverso i quali verificare che il perseguimento delle finalità si sviluppi secondo criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza e quindi economicità:

- **contabilità analitica**, strumento attraverso il quale avviene la misurazione;
- **budget**, strumento attraverso il quale si formula la programmazione;
- **sistema di reporting**, strumento che consente di sintetizzare le informazioni raccolte con la contabilità analitica e quindi di analizzare anche gli scostamenti tra budget e consuntivo, di individuarne le cause e di intervenire tempestivamente.

La coerenza fra strategie e controllo di gestione rende indispensabile avere un sistema che consenta di ottenere informazioni tempestive. Se le metodologie di controllo di gestione sono affidabili e tempestive, il management potrà utilizzare i dati del controllo di gestione per:

- ottimizzare l'allocazione delle risorse;
- monitorare le responsabilità;
- individuare opportuni indicatori di qualità del servizio che consentano di meglio interpretare i risultati economici delle diverse articolazioni aziendali;
- collegare la parte variabile delle retribuzioni al raggiungimento degli obiettivi di budget;
- prendere decisioni di *make or buy*, di terzizzazione o outsourcing dei servizi;
- sviluppare analisi di convenienza economica.

Passando dai principi della letteratura alla concreta applicazione dell'ambito del SSR Lombardo, secondo quanto indicato dalle Linee Guida per la stesura dei POAS (approvate con DGR 6278 del 1/04/2022):

*“Il Controllo di Gestione (o Controllo Direzionale) rappresenta uno dei principali meccanismi operativi per guidare la gestione verso la realizzazione della mission aziendale. Sostiene la Direzione Strategica nella formulazione e nell'articolazione degli obiettivi programmatici, presidia il processo di monitoraggio e valutazione del conseguimento dei risultati attesi sia durante la gestione che al suo termine. Agisce per massimizzare la capacità dell'organizzazione di perseguire con successo le proprie finalità, anche attraverso la promozione di azioni correttive nelle diverse articolazioni aziendali.*

*Principali funzioni: gestione del processo di budget, costruzione di sistemi di reporting integrato (area economica e performance aziendale) trasversale alle diverse aree aziendali (amministrative, sanitarie, sociosanitarie), coordinamento dei sistemi di rilevazione dei dati di costo e di attività al fine di produrre la reportistica aziendale di supporto ai processi decisionali dell'intera organizzazione attraverso la contabilità analitica per centri di responsabilità/costo (trimestrale, annuale e conti economici di presidio), predisposizione del Modello LA, Piano delle Performance.*

*Con le innovazioni apportate dalla l.r. 23/2015, il Controllo di gestione rinforza il suo ruolo di staff trasversale alle diverse direzioni e strutture aziendali, favorendo lo sviluppo di una logica trasversale dei sistemi di programmazione e coordinamento, lo sviluppo di un coerente sistema di informazione/indicatori che integri le misure classiche con quelle di processo/risultato/outcome/esito in una visione multidimensionale.*

La struttura Controllo di Gestione delle ATS collabora con i competenti uffici della DG Welfare di Regione Lombardia in funzione del concorso all'attuazione del monitoraggio della spesa da parte delle ASST di riferimento delle singole ATS, nel quadro degli obiettivi definiti dalle regole annuali di gestione.”

La figura seguente sintetizza gli ambiti d'intervento del controllo di gestione:

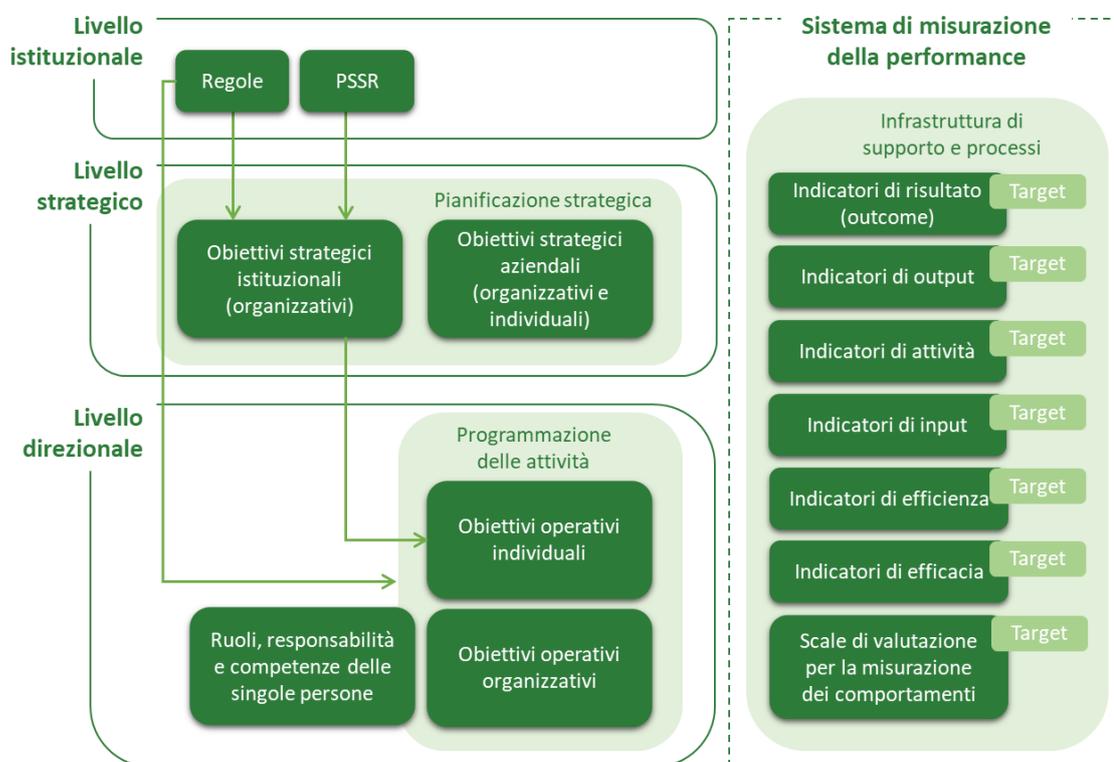


Figura 3: Ambiti di intervento del controllo di gestione

A supporto del processo di controllo di gestione, le Aziende si dotano di un “Sistema di misurazione e valutazione delle performance” (ex D.Lgs. 150/2009) finalizzato alla responsabilizzazione di tutte le componenti aziendali, alla promozione della cultura del merito e come strumento di apprendimento e miglioramento dell’organizzazione anche al fine di incentivare la produttività e la qualità della prestazione lavorativa.

La funzione del controllo di gestione si concretizza quindi:

- nella declinazione annuale degli obiettivi strategici aziendali in obiettivi di budget,
- nelle attività di misurazione degli accadimenti attraverso i sistemi di contabilità analitica,
- nelle attività di monitoraggio attraverso i sistemi di reporting integrato,
- nelle attività di valutazione intermedia e finale dei risultati conseguiti oltre che nella promozione delle opportune azioni correttive.

Il processo ha avvio, prima della conclusione dell’anno precedente e/o nei primissimi mesi dell’anno di competenza, con la programmazione annuale attraverso lo strumento del budget.

## 1.1 Il Budget

Il **budget** aziendale è il documento attraverso il quale vengono esplicitati e sintetizzati gli obiettivi di interesse aziendale per ciascuna annualità ed è quindi, per eccellenza, lo strumento di programmazione aziendale. Esso trova declinazione definitiva al termine di un articolato processo di elaborazione e contrattazione che, coordinato dal Controllo di Gestione su mandato della Direzione Strategica, coinvolge a vario titolo tutte le articolazioni aziendali.

A livello formale e documentale, ogni Azienda deve dotarsi di un regolamento aziendale che disciplini il processo di budget, che ne descriva finalità, fasi, attori coinvolti e strumenti; tale regolamento può trovare collocazione anche nell'ambito della regolamentazione più ampia legata al piano della performance aziendale<sup>2</sup>, anche se va comunque rilevato che mentre il piano della performance ha un arco temporale triennale il budget ha sempre e solo una valenza annuale.

Il ruolo del budget è quello di essere:

- Strumento di programmazione per la Direzione Strategica: attraverso di esso l'Azienda dispone di documenti di sintesi contenenti gli obiettivi da perseguire annualmente e si assicura il deployment interno degli obiettivi contenuti nelle linee di indirizzo annuali per l'attività del SSR;
- Strumento di responsabilizzazione e controllo rispetto all'azione della dirigenza e di inclusione ed indirizzo per le attività del comparto. In tal senso, esso riveste anche un ruolo di coordinamento ed integrazione tra le attività e le risorse necessarie al loro perseguimento;
- Strumento di espressione e di sintesi della multidimensionalità dell'attività dell'Azienda Sanitaria, attraverso la fusione di obiettivi di natura economica, qualitativa ed organizzativa;
- Strumento di motivazione del personale a tutti i livelli in quanto ciascuno è coinvolto nella programmazione e nel perseguimento degli obiettivi. Gli esiti delle schede di budget peraltro definiscono la performance organizzativa aziendale e sono uno degli elementi in ingresso del processo di valutazione del personale, con evidenti riflessi sul grado di raggiungimento dell'incentivazione economica di risultato;
- Strumento di comunicazione e trasparenza, in quanto consente a tutti i soggetti di conoscere in modo trasparente quali siano gli obiettivi, le risorse correlate e le modalità per il perseguimento degli stessi.
- Strumento di cambiamento organizzativo in quanto la dirigenza deve individuare le migliori modalità organizzative per garantire adeguati livelli di performance sia in termini di efficienza che di efficacia ed appropriatezza;
- Strumento di coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali, a diversi livelli: sia nel perseguimento degli obiettivi, sia nella definizione degli stessi sia infine nel loro periodico monitoraggio.

Tutti gli obiettivi contenuti nel sistema di budget devono poter essere misurati; è quindi necessario che vengano quantificati sia in termini di attività/livello di servizio da erogare che in termini di risorse necessarie all'erogazione delle attività. Le risorse da considerarsi nel budget non sono quindi solo quelle incrementalmente assegnate nel corso dell'anno oggetto di specifica programmazione, ma sono le risorse complessive di cui ciascuna articolazione organizzativa dispone per perseguire gli obiettivi di attività in termini di volumi e qualità. Attraverso il processo di budget è infatti possibile implementare una riallocazione delle risorse aziendali disponibili per garantire maggiori livelli di efficienza di efficacia.

---

<sup>2</sup> lgs. 27 ottobre 2009 n. 150

Il budget deve quindi essere formulato mediante un'attività di programmazione che rende misurabili gli obiettivi di attività e di consumo di risorse per singola articolazione organizzativa, consentendo un'allocatione delle risorse che consenta di massimizzare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza.

Le sue caratteristiche principali si esplicitano quindi in:

- **Globalità**, coinvolge l'azienda nel suo complesso e non solo alcune articolazioni della stessa; nel budget devono essere coinvolte tutte le articolazioni organizzative<sup>3</sup>;
- **Articolazione per centri di responsabilità**: il centro di responsabilità è un'articolazione organizzativa per la quale è identificato chiaramente un responsabile che disponga di autonomia decisionale e di risorse sia umane che strumentali per il perseguimento di un obiettivo aziendale. Un **cdr** è quindi un'articolazione organizzativa costituita da un gruppo di persone che opera per seguire un obiettivo dell'azienda ed è guidato da un "responsabile" che garantisce il raggiungimento degli obiettivi e si assume la responsabilità delle azioni intraprese.
- **Quantificazione in termini economico-finanziari** attraverso la monetizzazione delle risorse in costi e delle attività in ricavi
- Articolazione in periodo **annuale**
- **Flessibilità**, nel corso dell'anno alla luce dell'analisi degli scostamenti e della ricerca delle cause che hanno generato gli stessi il processo di budget prevede infatti che gli obiettivi possano essere modificati operando comunque sempre nell'ottica di perseguimento delle strategie e agendo secondo criteri di efficienza, efficacia ed appropriatezza.

Gli obiettivi definiti nel budget, attraverso un processo negoziale che si sviluppa secondo il seguente schema, vengono monitorati e valutati in corso d'anno nel rispetto dei principi del contraddittorio e della partecipazione.

---

<sup>3</sup> Spesso si sente parlare di budget solo su alcuni dipartimenti e non su tutti i dipartimenti o di budget che non coinvolgono i servizi amministrativi e di staff nella programmazione; il budget, tuttavia, deve essere definito per tutte le articolazioni aziendali. Come si potrebbe infatti garantire, ad esempio, alle chirurgie di incrementare le proprie attività se non si è in precedenza concordato con la sala operatoria un incremento delle sedute? O come si potrebbe garantire alla Medicina di avere entro giugno un medico in più se questo non diventa un obiettivo specifico dell'ufficio personale che ha il compito di attivare il concorso e le selezioni?

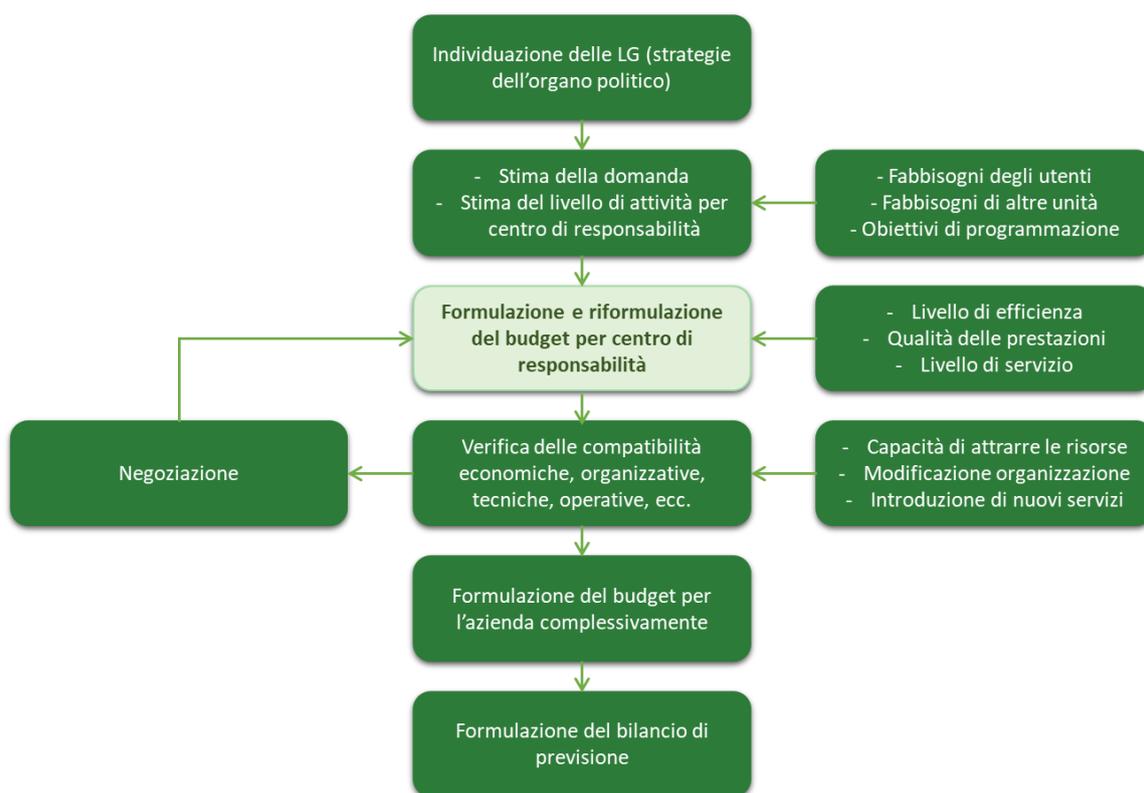


Figura 4: Monitoraggio e valutazione degli obiettivi definiti nel budget

Il monitoraggio del budget tipicamente avviene attraverso un sistema di indicatori e di reportistiche coerenti con quanto definito nel processo di programmazione; gli strumenti tipicamente utilizzati per questa fase sono la contabilità analitica ed il sistema di reporting. Questa fase è di fondamentale importanza per garantire idonei feedback all'interno dell'Azienda, mantenere la tensione al raggiungimento degli obiettivi e favorirne il concreto perseguimento.

La misurazione finale per ciascun cdr si può esplicitare attraverso il ricorso ad un indice sintetico di performance, un valore che determini il grado di raggiungimento del totale degli obiettivi contenuti nella scheda di ciascun cdr aziendale.

## 1.2 La contabilità analitica

La **contabilità analitica**, spesso erroneamente confusa con la contabilità dei costi, è lo **strumento di controllo** che a consuntivo rileva, organizza e aiuta ad analizzare i dati elementari di costo e di attività, in relazione a prescelti oggetti di calcolo.

È uno strumento utile per:

- prendere decisioni
- stimolare azioni coerenti con le decisioni prese
- verificare che le azioni svolte abbiano consentito di conseguire i risultati desiderati

Sul tema dell'oggetto di calcolo molto si è discusso negli ultimi anni e il panorama spazia tra dimensioni differenti che vanno dal centro di responsabilità al paziente passando per prodotti, fasi del processo produttivo, aree gestionali critiche, centri di costo, aree strategiche di affari, programma sanitario (ad

esempio prevenzione del.), percorso diagnostico o terapeutico (ictus, diabete etc....), attività (degenza, ambulatorio, etc....), funzione, unità organizzativa, DRG (eventi di ricovero specifici), progetto.

Quello che conta in realtà è come sono stati impostati i sistemi informativi quando è stata implementata la contabilità analitica in azienda; infatti se la dimensione sulla quale vengono rilevati costi, ricavi e produzione da sistemi contabili ed extra-contabili (soprattutto per le attività) aziendali è il centro di costo, è pur vero che da questo è poi possibile addivenire attraverso algoritmi di calcolo al costo del paziente o del DRG, ma è cosa assolutamente diversa rispetto a sistemi dove l'oggetto di calcolo è il paziente, tale per cui non esistono centri di costi ma tutti i costi dell'organizzazione, compreso anche il personale, sono rilevati direttamente sul paziente. L'oggetto di calcolo è quindi quella dimensione sulla quale vengono rilevati in modo diretto costi, ricavi ed attività. Al momento, nell'organizzazione sanitaria pubblica lombarda tale dimensione è indubbiamente il centro di costo, al quale si riferisce anche il flusso regionale.

La contabilità analitica nel raccogliere ed organizzare informazioni non utilizza solo fonti contabili ma anche e soprattutto fonti extra contabili. Si parla infatti di contabilità di costi, ricavi ed attività.

Per quanto riguarda i **costi** si alimenta da:

- Magazzino → per i beni
- Ordini → per i Servizi
- Cedolini → per il Personale
- Order Entry Prestazioni intermedie → per la richiesta interna di prestazioni
- Inventario/amministrativi → per le Attrezzature
- CoGe → per la Gestione non caratteristica
- Flussi (per le ATS)

Per quanto riguarda i **ricavi** si alimenta da:

- SDO
- Specialistica ambulatoriale
- Psiche
- File F
- Vaccinazioni
- Libera professione
- Prestazioni per interni
- Altre entrate da produzione
- Quota capitaria (per le ATS)

Per quanto riguarda l'**attività** gestita extra contabilmente:

- Offerta: Registro Sale Operatorie (SO), Inventario attrezzature, Programma Manutenzione, Turni infermieristici, Apertura ambulatori-ore di agenda, Esiti (PNE), Eventi avversi, Infezioni ospedaliere etc...
- Domanda: Liste d'attesa, Registro reclami, Programmazione del follow-up, Piani terapeutici, Coperture vaccinali, Piani screening, Registri di patologia
- Concorrenza: Degenze medie, Quote di mercato, Mix attività, Tempi medi SO, Costo acquisto dispositivi medici, attrazione/fuga

Le informazioni rese disponibili dalla contabilità analitica necessitano però di essere sintetizzate per essere rese fruibili agli attori coinvolti nel processo direzionale; infatti, ad esempio, se è vero che il registro

operatorio è una fonte che alimenta la contabilità analitica è pur vero che fornire *tout court* il registro operatorio ad un chirurgo o al responsabile della gestione delle sale non supporterà lo stesso nella valutazione di un processo di riorganizzazione delle sale per renderle più efficienti.

### 1.3 Il reporting

Lo strumento che consente di sintetizzare e rendere leggibili e fruibili a livello di processo decisionale le informazioni raccolte con la contabilità analitica è il **reporting**. Il reporting è un potente strumento di comunicazione all'interno dell'organizzazione, infatti, come le informazioni vengono sintetizzate e rese disponibili è già un'indicazione di quale sia il comportamento atteso dal fornitore dell'informazione rispetto al comportamento effettivamente tenuto dal destinatario del report.

Quindi il sistema di reporting è uno strumento di comunicazione e valutazione che serve a:

- stimolare e migliorare i processi di responsabilizzazione
- sviluppare una mentalità nuova
- stimolare una maggior collaborazione
- indurre l'autocontrollo

In particolare, questo strumento viene utilizzato a supporto di:

- una revisione degli obiettivi
- una revisione dei programmi
- una revisione delle strategie
- una proposta di nuove azioni

Nella progettazione e nell'implementazione di un report è sempre indispensabile definire:

- il contenuto
- il destinatario: il report fornito al capo tecnico, pur alimentandosi dalla stessa fonte informativa, è indubbiamente differente da quello fornito al radiologo, perché differenti sono i loro ambiti di competenza e i comportamenti attesi rispetto all'erogazione della medesima prestazione (uno la effettua, l'altro la referta)
- la periodicità, che una volta definita deve essere rispettata e soprattutto deve garantire la tempestività delle informazioni per supportare il processo decisionale.

Per maggiori informazioni metodologiche si rimanda allo specifico *Allegato 4: Il Reporting*.

Sostanzialmente quindi, a supporto del processo di controllo direzionale, il servizio Controllo di Gestione utilizza in modo sistematico i seguenti strumenti:

- Schede di budget, report di monitoraggio e schede di valutazione
- Sistema di reporting integrato (area economica e area performance) su base almeno trimestrale per i diversi livelli di responsabilità (strategico e direzionale) per la misurazione delle seguenti dimensioni: costi, ricavi, attività, indicatori di efficienza, indicatori di efficacia, analisi degli scostamenti (vs. storico e vs. budget)
- Contabilità dei costi per CDR/CDC gestita mediante un sistema gestionale integrato con la contabilità economico patrimoniale e con i sottosistemi contabili (magazzino, cespiti, personale, ecc.) strutturata in modo da assolvere ai debiti informativi regionali (flusso COAN trimestrale, annuale, preventivo, modelli ministeriali LA e CP)

- Dati e flussi di attività (DWH w BI)
- Sistemi di rilevazione extra contabili, fondamentali per la programmazione e il monitoraggio, relativi a offerta, domanda e concorrenza;
- Strumenti di elaborazione di budget, forecast, consuntivo
- Strumenti di misurazione dei costi delle prestazioni
- Indicatori di efficienza del benchmark regionale “Cruscotto CGEST” (alimentazione e verifica)

Si ribadisce che per quanto riguarda il governo delle dimensioni economiche, nel processo di programmazione e di declinazione degli obiettivi di budget deve essere garantita la responsabilizzazione degli operatori sanitari nell'utilizzo delle risorse in rapporto ai risultati, in modo da fornire le giuste chiavi di lettura all'andamento delle dimensioni economiche funzionali alla funzione Controllo di Gestione a livello aziendale e, per consolidamento, a livello regionale.

L'analisi degli andamenti delle dimensioni economiche aziendali viene condivisa con la funzione aziendale Economico Finanziaria per il necessario raccordo con gli strumenti di bilancio.

I Controller delle Aziende Sanitarie lombarde costituiscono una rete professionale e si raccordano con la DGW che svolge attività di coordinamento, supporto metodologico e supporto tecnico per tutte le problematiche inerenti sia alla gestione della performance che alla COAN.

Il corretto funzionamento dei sistemi di controllo di gestione e degli strumenti correlati è anche oggetto delle verifiche periodiche effettuate dai NOCC.

## 2 Parte Seconda: La contabilità analitica

### 2.1 Premessa

La contabilità analitica nella sanità pubblica è una conquista relativamente recente: la sua attivazione è divenuta adempimento regionale ai sensi dell'articolo 5, comma 5, lettera d), del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e, da allora, essa si è evoluta sia in funzione dei debiti informativi interni (reporting direzionale) che di alcuni debiti esterni (in particolare, il flusso di contabilità analitica regionale e i modelli ministeriali CP e LA di cui al D.M. 24 maggio 2019 pubblicato in GU 25 giugno 2019).

L'auspicio è che i dati del Controllo di Gestione diventino il fulcro della programmazione delle attività e della pianificazione strategica, anche ai fini della rimodulazione dell'assetto in relazione agli standard di cui ai D.M. 70/2015 e D.M. 77/2022 e del monitoraggio dell'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri in rapporto alla remunerazione, tariffaria ed extratariffaria (prestazioni e funzioni), in coerenza con quanto previsto dagli art.li 8-quinquies e 8-sexies del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dall'articolo 9, comma 2, del d.lgs. n. 149/2011, tenendo conto anche dell'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 535, della legge n. 208/2015.

Affinché tale strumento risulti efficace ed efficiente a livello regionale è necessario dotarsi di:

- Una metodologia appropriata, secondo le regole definite nel presente documento;
- Un sistema di informazione accurato, completo e tempestivo (inteso come l'insieme delle procedure operative e dei sistemi di controllo in grado di catturare, processare e consuntivare le informazioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi aziendali);
- Un sistema di comunicazione aziendale adeguato, inteso come la capacità di comunicare adeguatamente le informazioni all'interno e all'esterno dell'Azienda mettendole a disposizione delle persone giuste, al momento giusto e con un adeguato livello di sintesi.

La corretta gestione delle informazioni:

- a) consente di avere una conoscenza approfondita dell'ambiente interno ed esterno all'Azienda, supportando le analisi delle dimensioni economiche di sistema ad integrazione delle informazioni dei bilanci economici (BPE, CET, CE);
- b) supporta la programmazione degli obiettivi;
- c) supporta le decisioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi stabiliti;
- d) permette di rilevare e controllare l'andamento dell'Azienda rispetto agli obiettivi prefissati e di correggere eventuali errori;
- e) consente di alimentare correttamente i modelli ministeriali di rilevazione dei costi per Livello di Assistenza e per Presidio di erogazione (LA e CP)
- f) consente di costruire indicatori di performance a livello regionale che favoriscono un benchmark non solo interno ma anche esterno (Cruscotto CGEST)
- g) consente di definire un modello di costi standard a supporto non solo del modello tariffario ma anche del finanziamento a funzione

La corretta applicazione delle LG è presupposto per garantire omogeneità nelle rilevazioni delle singole aziende e consentire, pertanto, un efficace confronto nelle misurazioni di benchmark.

Finalità della COAN è la misurazione della performance dei centri di costo, come rapporto tra valore della produzione e costi diretti e indiretti di produzione. Il sistema delle rilevazioni di COAN regionale è infatti orientato ad una logica di direct costing che esclude il ribaltamento dei costi dei servizi generali e amministrativi prevedendo, però, una riallocazione dei costi dei servizi alberghieri e delle utenze, nonché un ribaltamento dei costi rilevati su cdc di supporto ed intermedi.

## **2.2 La contabilità analitica per centro di costo**

Il principale strumento operativo del controllo di gestione riguardante le informazioni economico finanziarie a consuntivo è la contabilità analitica.

Nelle aziende di servizi, quali le Aziende Sanitarie, coesistono due funzioni fondamentali:

- commerciale, che collega l'azienda con il mondo esterno e riguarda l'acquisto di risorse e l'erogazione di servizi;
- tecnica, che riguarda i processi di erogazione delle prestazioni e dei servizi.

Da questa fondamentale distinzione derivano due metodi di gestione contabile: la contabilità generale e la contabilità analitica.

La contabilità generale registra tutti i fatti amministrativi intercorsi tra l'Azienda e l'ambiente esterno allo scopo di determinare il risultato economico dell'esercizio e il patrimonio che ne ha consentito la produzione: i dati rilevati sono solo quelli accertati (documentati secondo rigide regole formali), sono sintetici (espongono solo l'informazione della natura del dato) e sono storici (fatti già avvenuti); l'unità elementare di registrazione e l'insieme minimo di registrazione è la cosiddetta prima nota (composta da voce contabile di riferimento, descrizione del fatto, importo, segno, data e numero identificativo), che genera le variazioni economiche e patrimoniali (costi/ricavi dell'esercizio e incremento/decremento del patrimonio) "riassunte" poi nel bilancio di esercizio.

La contabilità analitica, invece, registra solo fatti di gestione interna ed è interessata al solo aspetto economico (non rileva il patrimonio). La sua funzione primaria è quella di dettagliare maggiormente quanto registrato in contabilità generale, integrando le rilevazioni contabili con l'indicazione della destinazione dei costi e della provenienza dei ricavi: i dati rilevati possono essere sintetici o analitici e possono essere riclassificati per ottenere differenti angoli di osservazione dei fatti economici accertati. Infine, le rilevazioni sono attuali, in quanto possono derivare da previsioni e proiezioni (allo scopo di ottenere informazioni sufficientemente tempestive, ancorché approssimative).

Secondo la contabilità analitica, un costo è dato dalla somma dei valori attribuiti ai fattori impiegati o consumati nello svolgere un'attività, nell'erogare una prestazione o un servizio o nel produrre un bene, calcolati in base al consumo effettivo al momento dell'utilizzo. L'insieme minimo della registrazione è costituito dal fattore produttivo (che definisce la natura del costo/ricavo: personale, farmaci, etc.), dal centro di costo (che determina la destinazione: cardiologia 1, pneumologia, etc.), dalla data e dall'importo. Il momento-cardine di questo tipo di rilevazione è a monte del flusso informativo, se una di queste informazioni non viene valorizzata correttamente fin dall'inizio si perde: non è possibile, infatti, attribuire a posteriori il fattore produttivo o il centro di costo senza stime "forzate" e, quindi, non più rappresentative della reale imputazione del costo/ricavo.

La contabilità analitica viene principalmente alimentata attraverso:

- contabilità generale;
- sottosistemi contabili (flussi di produzione, procedura stipendi, magazzini, libro cespiti, CUP, etc.);
- sistemi gestionali extra-contabili (registro di sala operatoria, agende ambulatoriali, gestionali dell'ingegneria clinica, gestionali dei servizi diagnostico-terapeutici, etc.), necessari a predisporre adeguati driver di ribaltamento dei costi indiretti<sup>4</sup> ed eventuali dettagli analitici non disponibili nei sistemi contabili.

Lo schema di alimentazione può essere sintetizzato come segue:

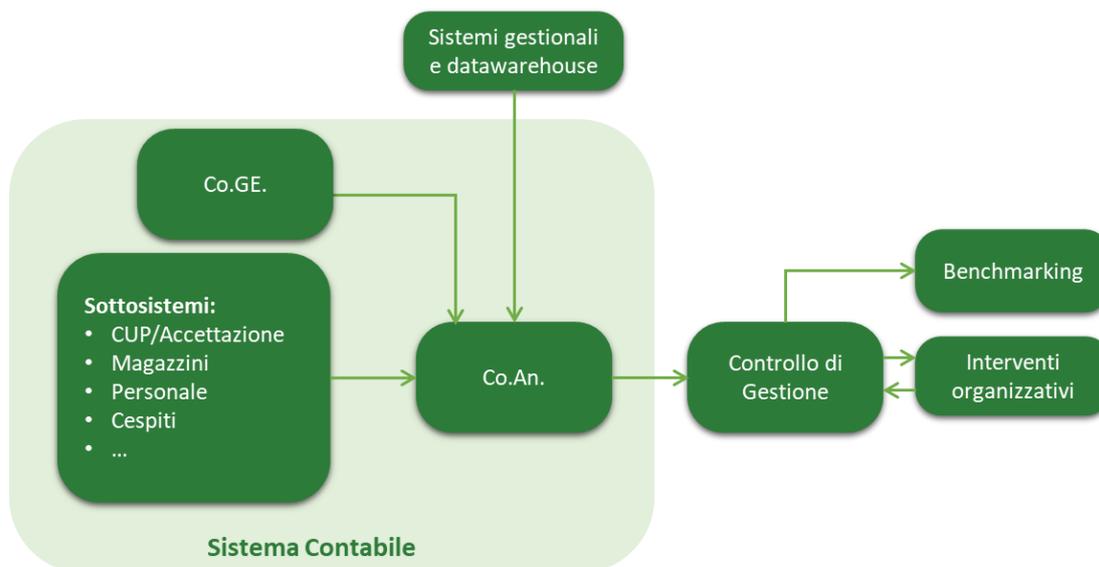


Figura 5: Fonti alimentanti la contabilità analitica

L'alimentazione della contabilità analitica da fonti diverse implica che vi siano alcuni scostamenti "fisiologici" rispetto al bilancio trimestrale/di esercizio, che è espressione esclusivamente della contabilità generale. È comunque sempre possibile riconciliare la contabilità analitica con la contabilità generale, tenendo presente che:

- in contabilità analitica viene rilevata la/il produzione/consumo al lordo degli abbattimenti di sistema, a differenza del bilancio che espone il valore finanziato<sup>5</sup>.
- in contabilità analitica vengono rilevati i consumi, a differenza del bilancio che espone il costo di acquisto e la variazione delle rimanenze; a consuntivo non si prevedono differenze, tuttavia è possibile che nel trimestre si verifichino piccole distorsioni dovute alla contabilità generale.
- la contabilità analitica non rileva la sterilizzazione degli ammortamenti effettuata attraverso l'utilizzo dei contributi in conto capitale registrati nelle voci del patrimonio netto di contabilità generale e potrebbe presentare differenze nel calcolo degli ammortamenti.

<sup>4</sup> Per la metodologia di ribaltamento dei costi indiretti si rinvia al paragrafo 2.4

<sup>5</sup> Si tratta di una differenza fisiologica che implica una squadratura tra il bilancio e il flusso di coan regionale che viene risolta imputando la differenza su appositi cdc virtuali "di quadratura", come esplicitato nel paragrafo 2.3 del presente documento

La contabilità analitica, come anticipato in introduzione, ha come scopo quello di consentire al controllo di gestione di conoscere i costi e il valore della produzione nell'ambito di ciascuna delle proprie unità organizzative. Poiché questa finalità si distingue dalla mera necessità di garantire il processo di responsabilizzazione, la contabilità analitica deve essere in primo luogo articolata per centro di costo e non solo per centro di responsabilità: infatti, il controllo di gestione deve poter conoscere i costi di ciascuna attività, funzione, dipartimento, reparto o servizio a prescindere dalla struttura organizzativa dell'azienda.

Poiché il concetto di centro nell'ambito delle aziende sanitarie è equivoco in quanto assume significati diversi a seconda del termine specifico a cui si collega, si ritiene utile fornire uno schema di riferimento:

- 1) I centri di responsabilità sono i centri per i quali è possibile identificare un responsabile formale previsto contrattualmente o da specifici incarichi della direzione; il concetto di responsabilità in azienda spesso assume un significato più giuridico che economico-manageriale, come invece dovrebbe essere: si hanno centri di responsabilità in ogni caso in cui è possibile individuare univocamente un responsabile economico dei fattori produttivi ivi allocati, indipendentemente dalla responsabilità formale o gerarchico-funzionale. Il centro di responsabilità rispetto a quanto precedentemente indicato è tipicamente il soggetto con cui negozia il budget ma non l'oggetto di calcolo sul quale rilevare costi e ricavi. Allo stesso centro di responsabilità può infatti afferire uno o più centri di costo.
- 2) I centri di costo sono delle aggregazioni contabili, che possono o meno coincidere con le articolazioni organizzative ma che alle stesse si riferiscono, attivate al fine della rilevazione dei costi dei fattori produttivi e dei ricavi della produzione; tipicamente si articolano in base alla tipologia di output prodotto (ad esempio, sono centri di costo la microbiologia, la chimica clinica che nell'organizzazione aziendale sono attività della UOC Laboratorio Analisi)

Mentre la struttura dei centri di responsabilità è lasciata alla totale discrezione dell'azienda, l'individuazione dei centri a livello dei quali sviluppare la conoscenza dei costi e delle attività svolte deve prevedere, quale unità elementare di rilevazione, l'articolazione organizzativa minima delle attività. In azienda possono poi coesistere livelli differenti di centri di responsabilità che possono spaziare dalla posizione organizzativa, alla struttura semplice, a quella complessa, al dipartimento fino al presidio/stabilimento, l'importante è che per ciascun centro di responsabilità esista almeno un centro di costo, pena l'impossibilità di correlare consumo di risorse e risultati alla responsabilità conferita.

Il piano dei centri di costo corrisponde, quindi, all'insieme delle unità elementari normalmente presenti all'interno delle aziende a prescindere dall'organizzazione aziendale, mentre il piano dei centri di responsabilità rappresenta una riaggregazione di tali unità elementari secondo la struttura organizzativa adottata nei POAS. Tale aggregazione in dipartimenti e centri di responsabilità è lasciata alla discrezionalità aziendale, così come la disaggregazione delle unità minime in ulteriori sotto unità o linee di attività (con riferimento alla tecnica dell'*activity based costing*).

I centri di costo tipicamente possono essere classificati come segue:

- a) Centri di Supporto hanno come funzione fondamentale quella di fornire servizi ai centri intermedi e ai centri finali e, in genere, non producono ricavi per l'azienda, come ad esempio Servizi Generali, Servizi Alberghieri, Servizi di Supporto Sanitari.

- b) Centri Intermedi (servizi diagnostici) offrono servizi sia ad altri centri dell'azienda (ad esempio le prestazioni per i pazienti ricoverati dai reparti) che a pazienti esterni (le prestazioni ambulatoriali e le prestazioni di PS per non ricoverati), generando un ricavo derivante dalla valorizzazione a tariffa delle prestazioni effettuate.
- c) Centri Finali: svolgono prevalentemente attività per esterni, generando la quota più rilevante dei ricavi aziendali per prestazioni e svolgendo una generalmente limitata attività a supporto dell'attività di altri centri (ad esempio, le visite a parere), la cui rilevazione non è significativa.

Il piano dei centri di costo definito a livello regionale è strutturato in:

- Centri finali: reparti (per l'attività di degenza), servizi ambulatoriali (per l'attività di specialistica ambulatoriale), servizi territoriali (per tutti i servizi territoriali sia della prevenzione che dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria distrettuale), ricerca;
- Servizi diagnostico-terapeutici, che possono assumere la duplice veste di centri finali e intermedi: come centri finali forniscono direttamente i servizi all'utente in regime ambulatoriale e come centri intermedi forniscono prestazioni ai centri finali. Ad essi vengono assegnati i ricavi diretti delle prestazioni ambulatoriali rese all'esterno e i ricavi indiretti per le prestazioni rese all'interno;
- Servizi sanitari, che costituiscono centri di supporto all'attività dei reparti o dei servizi diagnostico-terapeutici e ai quali vengono assegnati i ricavi indiretti per le prestazioni rese all'interno;
- Servizi alberghieri;
- Servizi generali di presidio;
- Servizi generali di azienda.

Ad ogni centro di costo competono:

1. costi diretti, ossia valori attribuibili direttamente al centro stesso (beni e servizi, personale medico e infermieristico anche pro quota o prestatato, etc.) attraverso sistemi sia contabili che extra-contabili;
2. costi indiretti, relativi all'utilizzo di servizi offerti da altri centri aziendali e/o dal ribaltamento di fattori produttivi per i quali il costo può essere attribuito esclusivamente attraverso l'utilizzo di un driver (diagnostici, sanitari, alberghieri).

Parallelamente, si avranno:

1. ricavi diretti, ossia valori attribuibili direttamente al centro stesso (ricavi di produzione, rimborsi per cessione di beni, etc.);
2. ricavi indiretti, relativi alla fornitura di servizi ad altri centri aziendali (diagnostici, sanitari, alberghieri, generali).

Pare qui opportuno rilevare che la caratteristica di "diretto" o "indiretto" dipende esclusivamente dall'oggetto di calcolo, che nel nostro caso è il centro di costo, e dall'effettiva organizzazione dell'acquisizione dei fattori produttivi a livello aziendale. Vale per tutti l'esempio dell'energia elettrica:

- nel caso in cui il contatore che rileva i consumi sia unico a livello di presidio ospedaliero il costo risulta diretto per il cdc\_std 4040600 "Direzione di Presidio e costi comuni" ed indiretto per tutti i cdc\_std che trovano collocazione nel presidio (reparti, servizi etc..). Per attribuire il costo

dell'energia elettrica ai cdc\_std collocati nel presidio si utilizza un driver (tipicamente i mq o mc) e in questo modo per tali cdc\_std il costo risulta indiretto;

- se però il contatore è per uno specifico immobile ed in quell'immobile è presente un solo cdc\_std, ad esempio, il servizio di radiologia allora il costo sarà diretto perché attraverso il contatore vengono rilevati solo ed unicamente i consumi della radiologia e non devono essere utilizzati driver per attribuire il costo al cdc.

La **prima fase** di alimentazione del sistema di contabilità analitica consiste nell'attribuzione a ciascun centro dei propri **costi e ricavi diretti**.

In particolare, ai centri finali (reparti e servizi ambulatoriali) devono essere attribuiti i costi diretti:

- a) personale medico dell'unità operativa (che segue le degenze, i day hospital, l'ambulatorio e che svolge l'attività chirurgica in sala operatoria, a meno che in azienda non siano già attivati da cedolino specifiche % di tempo che già individuano le ore lavorate sulle diverse linee di attività<sup>6</sup>);
- b) personale infermieristico dedicato all'unità operativa;
- c) eventuale altro personale dell'unità operativa (ausiliari, O.T.A., amministrativi, etc.);
- d) materiale sanitario che risulta scaricato dai magazzini (farmaceutico e, eventualmente, tecnico-economico);
- e) materiale protesico specifico utilizzato in sala operatoria (dispositivi ad alto costo);
- f) altri costi diretti (ammortamento delle attrezzature, service specifici, consulenze etc.);
- g) acquisto di prestazioni intermedie valorizzate a tariffa dai servizi diagnostici

Rimangono esclusi dai costi dei reparti i costi diretti di sala operatoria e servizio anestesia (ad esempio, anestesisti, infermieri, ausiliari, strumentario chirurgico generico, etc.) che devono essere rilevati sul cdc apposito (come servizio sanitario di supporto) e successivamente ribaltati sui reparti utilizzatori come costo indiretto in proporzione alle ore di utilizzo. Con riferimento alle sale operatorie fanno eccezione quelle esclusivamente dedicate (ad esempio, la sala parto, emodinamica) i costi delle quali devono essere attribuiti direttamente al reparto.

La terapia intensiva e l'Utic hanno natura ibrida: devono essere trattate come reparti di degenza ma dal momento che la loro attività si caratterizza prevalentemente di passaggi di pazienti e non di dimissione degli stessi bisogna rilevare sul cdc\_std tutti i costi e successivamente, sulla base della valutazione del costo a giornata di degenza e della valorizzazione delle giornate di passaggio rilevare il ricavo figurativo emergente dalle giornate di passaggio, attraverso gli opportuni Fp\_std figurativi di ricavo, attribuendo, attraverso gli opportuni Fp\_std figurativi di costo, la quota di costo ai reparti che hanno dimesso il paziente in ragione delle giornate di passaggio in TI.

Se il reparto eroga anche prestazioni di tipo ambulatoriale (MAC e BIC), è necessario separare i costi e i ricavi di questa attività in specifici cdc locali che dovranno poi essere collegati ai cdc\_std specifici regionali. Allo stesso modo, occorre tenere separati in appositi cdc locali, e conseguentemente std regionali, i costi e i ricavi relativi al servizio cardiologico, all'unità coronarica ed al servizio di emodinamica che spesso invece

---

<sup>6</sup> Qualora l'azienda utilizzi il criterio dell'attribuzione della % sul tempo lavorato dal singolo dipendente si suggerisce di monitorare almeno con cadenza trimestrale il fenomeno in quanto tale criterio, spesso definito a livello di UO e poi calato sui singoli dipendenti dell'UO, può portare distorsioni alla rilevazione complessiva in caso di ferie, malattia, aspettativa, trasferimento ad altra UO etc...

vengono rilevati a livello aziendale su un solo cdc locale e stessa logica deve essere attivata a livello locale per i costi e i ricavi relativi al servizio dialisi che spesso in azienda sono un tutt'uno con i costi del reparto di nefrologia. Anche per l'attività svolta in solvenza (attivazione di un reparto solventi 3022167 e in LP (onere 5, 6 e B) devono essere attivati a livello locale appositi cdc suddivisi per livello di assistenza (ricovero, ambulatoriale, prevenzione) ai fini del corretto popolamento dei modelli LA e CP e solo in questo modo potranno essere correttamente popolati i cdc\_std regionali.

La **seconda fase** di alimentazione del sistema di contabilità analitica consiste nell'attribuzione a ciascun centro dei costi e ricavi indiretti attraverso il processo di **riallocazione dei fattori produttivi** che trovano rilevazione diretta su cdc **di natura comune** (immobili, stabilimenti, centro di costo comune aziendale etc..).

La **terza fase** infine consiste nel **ribaltamento** sui cdc\_std finali dei costi rilevati, in modo diretto ed indiretto, sui **cdc\_std intermedi e di supporto sanitario**. Tale ribaltamento avviene attraverso l'utilizzo di appositi Fp\_std figurativi che vengono gestiti in coppia "ricavo-costo":

- il Fp\_std figurativo di ricavo viene registrato sul cdc\_std di supporto che si sta ribaltando al fine di quadrare sullo stesso la rilevazione di costi e ricavi
- il corrispondente Fp\_std di costo viene rilevato sui cdc\_std finali utilizzatori dei servizi del cdc\_std di supporto in base a driver definiti.

A differenza dei reparti, i centri di supporto sanitario e alberghiero tipicamente non presentano ricavi reali, in quanto svolgono attività esclusivamente o prevalentemente per interni, ma ricavi virtuali in quanto l'attività erogata viene remunerata attraverso l'attribuzione di un ricavo che non passa dalle registrazioni contabili di bilancio (ricavo figurativo). Tali centri, infatti, ribaltano sui centri utilizzatori finali le proprie prestazioni attraverso la valorizzazione a costo pieno (ribaltamento del costo totale in proporzione all'effettivo utilizzo). Parallelamente, sul cdc utilizzatore finale deve essere rilevato un costo figurativo di pari importo.

Per quanto riguarda i centri di costo intermedi e/o diagnostico terapeutici, data la loro natura di servizi che erogano sia per pazienti ricoverati che per pazienti esterni è possibile che accanto alla rilevazione di ricavi figurativi sia disponibile anche la rilevazione di ricavi reali che trovano registrazione a bilancio. Questi cdc\_std possono comportarsi, nella logica del ribaltamento, secondo due differenti metodologie:

- a tariffa, nazionale, regionale e/o aziendale
- a costo di produzione, dove non esiste un nomenclatore tariffario nazionale, regionale e/o aziendale di riferimento o dove tale nomenclatore sia riferibile solo ad una parte delle prestazioni erogate (si pensi ad esempio al pronto soccorso per il quale esistono tariffe per le prestazioni erogate ad esterni mentre l'attività erogata per interni non è tariffabile).

È possibile che un centro fornisca prestazioni/servizi ad altre aziende o ad altri presidi della stessa azienda. Nel primo caso, sul centro di costo intermedio e/o supporto dovrà essere rilevato il ricavo presente in bilancio, da convenzione o in altra forma (se presente); nel secondo, dovrà essere rilevato il fattore produttivo figurativo di ricavi per interni e sui cdc utilizzatori il corrispondente fattore produttivo figurativo di costo.

### 2.3 Il flusso di contabilità analitica regionale

Il flusso di contabilità analitica regionale ha lo scopo di standardizzare le contabilità analitiche interne aziendali.

Più particolarmente, lo standard viene formulato per garantire:

- l'uniformità del processo di rilevazione dei dati consuntivi e dell'analisi degli scostamenti;
- l'uniformità delle metodologie e procedure di implementazione della contabilità analitica e del sistema di reporting sia interno sia verso la Regione;
- l'uniformità dei criteri utilizzati per la predisposizione del piano dei conti integrato per contabilità economico-patrimoniale e analitica, del piano dei centri, delle configurazioni di costo diretti e indiretti, dei margini di primo, secondo e terzo livello, dei prezzi di trasferimento interno, etc.;
- la coerenza tra le risultanze del controllo di gestione e i risultati della contabilità economico-patrimoniale al fine di garantirne la riconciliazione qualora si verificano delle differenze fra criteri utilizzati nei due sistemi.

Questa uniformità dei processi, delle metodologie, dei criteri del controllo di gestione, unitamente all'esigenza di coerenza con il bilancio economico-patrimoniale, consente a livello regionale di rendere comparabili:

- i conti economici di budget e consuntivi per i centri di responsabilità e di costo;
- le situazioni di criticità economica dei singoli centri di responsabilità e di costo;
- i costi delle prestazioni sanitarie e dei servizi;
- gli indicatori di efficienza, efficacia e economicità.

L'esigenza di uniformità impone, tuttavia, di prescindere completamente dalla realtà organizzativa delle singole aziende (esplicitata nei POAS aziendali), di conseguenza il piano dei centri standard regionali potrebbe non essere completamente sovrapponibile al piano dei centri interno.

Questo disallineamento potrebbe comportare la necessità di attivare ed alimentare dei centri locali "virtuali" al solo scopo di alimentare il flusso di contabilità analitica regionale, poiché alcuni dei servizi per i quali è stato individuato un centro finale ai fini della contabilità analitica regionale potrebbero non costituire centri di imputazione autonomi nella realtà aziendale.

Per le finalità del flusso di contabilità analitica regionale, i centri finali devono essere individuati sulla base dell'unità di offerta minima di riferimento, quindi la rilevazione ha un dettaglio che potrebbe essere superiore all'organizzazione aziendale per Unità Operative, anche alla luce di una corretta articolazione per livelli di assistenza. Pertanto, il piano dei cdc locali dovrebbe prevedere almeno un cdc finale per ogni UO accreditata, in modo da poter valorizzare i costi e i ricavi di linee di attività presenti nei flussi di produzione; a tal fine, ogni cdc locale deve essere collegato ad uno std regionale, che rappresenta la disciplina del flusso SDO e la UORIF del flusso 28/san e ad una sequenza, che rappresenta l'eventuale declinazione della stessa disciplina in più reparti: questa combinazione "cdc\_std-seq cdc loc" costituisce il *trait d'union* tra la contabilità analitica regionale e i flussi di produzione.

È possibile che a livello aziendale risulti utile una sotto-articolazione di alcune unità operative; pertanto, è sempre possibile collegare  $n$  cdc locali ad una sola combinazione "cdc\_std-seq cdc loc".

È necessario, inoltre, attivare specifici cdc locali laddove vengano erogate attività per le quali è stata prevista una funzione non tariffata calcolata a rimborso dei costi, al fine di poterne monitorare i costi e al fine di allocare correttamente le voci di ricavo relative ad essa.

Le unità operative che svolgono attività ambulatoriale in qualità di centri finali possono essere di tre tipologie:

- 1) Unità operative afferenti al poliambulatorio ospedaliero che svolgono attività ordinaria (clinica o diagnostica) = deve essere attivato un cdc locale per ogni disciplina presente nel piano dei cdc\_std regionale che effettua attività significativa; tutto il resto dell'attività confluisce a livello regionale nel cdc\_std generico "poliambulatorio attività clinica" a prescindere da quanti cdc locali l'azienda ritenga opportuno attivare<sup>7</sup>;
- 2) Unità operative afferenti al poliambulatorio ospedaliero che erogano prestazioni MAC e BIC= deve essere attivato un cdc locale per ogni disciplina presente nel piano dei cdc\_std regionale che effettua attività significativa; tutto il resto dell'attività confluisce a livello regionale nei cdc\_std generici "MAC – Altro" e "BIC – Altro";
- 3) Unità operative afferenti a poliambulatori territoriali = non è necessario attivare cdc specifici per disciplina, ad eccezione di unità operative dotate di attrezzature diagnostiche (ad esempio, la radiologia) o particolarmente rilevanti: ai fini regionali è necessario e sufficiente rilevare l'attività sul cdc\_std generico "poliambulatorio attività clinica"; è importante, invece, rilevare il costo di eventuali ore di attività svolte dal personale ospedaliero nei poliambulatori territoriali, in modo da garantire che il territorio accolga tutti i suoi costi.

Laddove la coan regionale individui cdc che nell'organizzazione aziendale costituiscono *spin-off* di altre unità organizzative (tipicamente, reparti), ha senso individuarli come cdc autonomi solo se la loro attività è significativa in termini sia assoluti (volume di attività non marginale) che relativi (in genere, la soglia di rilevanza è fissata intorno al 20% del totale dell'attività dell'unità operativa, al di sotto della quale si applica il criterio della prevalenza). In caso di attività residuale, quindi, i costi possono rimanere nell'unità operativa "reale" e gli eventuali residui ricavi di produzione possono confluire nel cdc del poliambulatorio attività clinica se ambulatoriali o non essere rilevati se figurativi.

L'esigenza di standardizzare i dati impone, altresì, la necessità di evitare che la rilevazione venga "inquinata" da errori macroscopici o da disomogeneità nell'attribuzione dei costi comuni. Al fine di prevenire questi fenomeni, il flusso economico è sottoposto ad una serie di vincoli di coerenza detti "incroci obbligati" (ad esempio, non è possibile rilevare sui reparti un ricavo di specialistica ambulatoriale). Essi prevedono, tra l'altro, che un set di fattori produttivi venga considerato comune a prescindere dalla capacità dell'Azienda di allocarli direttamente.

Il flusso di contabilità analitica regionale è assoggettato ad un vincolo di quadratura con la contabilità generale (espressa dai modelli di bilancio: Bilancio Preventivo, Conto Economico Trimestrale, Assestamento, Bilancio Consuntivo di Esercizio). Poiché, come già esposto in precedenza, esistono alcune sostanziali differenze tra contabilità analitica e generale, la quadratura non viene verificata "conto su conto", bensì a livello di aggregazioni di conti, denominate "RIF". Le anagrafiche standard regionali (ENUM)

---

<sup>7</sup> A puro titolo di esempio, rientrano nel poliambulatorio generico le attività dell'ambulatorio di chirurgia (visite, asportazione di cisti/nei, attività col laser, biopsie, drenaggi, etc.)

contengono la transcodifica sia dei conti di COGE che dei conti di COAN nei RIF attraverso i quali viene verificata la quadratura dei valori economici rendicontati nei due flussi<sup>8</sup>. Al fine di allineare quanto più possibile le rendicontazioni della contabilità analitica alle valutazioni fatte a livello nazionale, che avvengono attraverso la specifica codifica di conto economico ministeriale (CEMIN), dove possibile i RIF sono ricondotti ai conti CEMIN, o a livello di figlio o a livello di padre.

È stata, altresì, prevista la possibilità di rilevare eventuali disallineamenti su un apposito centro di quadratura (cdc\_std 9999999), che ha due funzioni differenti a seconda della tipologia di fattore produttivo:

- 1) per tutti i fattori produttivi riferiti a ricavi soggetti ad abbattimento, il centro di quadratura serve a rilevare il delta tra la miglior stima della produzione lorda per il periodo di riferimento (imputata al centro finale) e il valore registrato a bilancio (valore netto finanziato);
- 2) per tutti gli altri fattori produttivi, il centro di quadratura serve a rilevare la differenza tra la miglior stima del valore esposto in contabilità analitica e il valore di bilancio.

L'esistenza di un "centro di costo standard di quadratura" (cdc\_std 9999999) consente di garantire una perfetta quadratura con le rilevazioni economiche trimestrali e consuntive e pertanto rispetto al passato **non sono più ammesse le soglie di squadratura**.

## 2.4 La metodologia di rilevazione dei costi indiretti

Il ribaltamento consente di allocare a ciascun centro quote di costi sostenuti da altri centri in relazione al supporto che questi ultimi hanno offerto nell'erogazione dell'attività dei primi. Tecnicamente ciò avviene addebitando una quota di costo ad un centro ricevente e accreditando un corrispondente ricavo sul centro cedente (conseguentemente, il saldo dei costi e dei ricavi sul centro cedente è pari a zero).

La metodologia di ribaltamento prevede di attribuire a "cascata" a ciascun centro di costo quote di costi sostenuti da altri centri. La sequenza di ribaltamento è quindi "unidirezionale": nel modello non sono previsti "ribaltamenti reciproci" tra centri. I ribaltamenti devono essere effettuati per ciascun singolo centro e secondo un preciso ordine, che sarà descritto nel seguito. In fase di ribaltamento tutti i costi registrati su uno specifico centro cedente vengono riallocati sui centri riceventi: il centro cedente deve quindi essere "chiuso" e non riceverà alcuna quota di costi ribaltati da altri centri. Ogni ribaltamento dei costi relativi ad un centro di costo, inoltre, prevede la ripartizione anche dei costi indiretti precedentemente attribuiti a quel centro a seguito di precedenti ribaltamenti.

È necessario, quindi, definire:

- **le regole e i criteri di ribaltamento** per la ripartizione dei costi totali dei servizi alberghieri, dei servizi di supporto sanitario, dei servizi generali, dei servizi diagnostico terapeutici e di gestione della domanda soddisfatta. Tali regole devono disciplinare:
  - la sequenza di ribaltamento;

---

<sup>8</sup> L'esigenza di quadratura con la contabilità generale comporta il fatto che, per i conti "comuni", la scelta del fattore produttivo sia vincolata dal conto di bilancio movimentato. La corretta metodologia di scelta del fattore produttivo è, quindi, la seguente: si verifica a quale NI il conto di coge locale sia correlato, si verifica quindi sulle tabelle enum a quale RIF sia collegato il conto NI e si sceglie conseguentemente il fattore produttivo std di coan più appropriato tra quelli che sono associati a quello stesso RIF.

- l'individuazione dei centri cedenti da ribaltare;
  - l'individuazione dei centri riceventi
  - la selezione dei driver di ripartizione;
  - l'identificazione del Conto di ricavo su cui registrare lo scarico di costi dei centri da ribaltare;
  - l'identificazione del Conto Ricevente da utilizzare per l'addebito del costo ai centri riceventi.
- **le modalità per la valorizzazione**, solo sul lato dell'offerta, delle prestazioni per interni dei servizi diagnostico terapeutici e finali (non ribaltate sulla base di driver) mediante prezzi di trasferimento o, in alternativa, mediante modalità di valorizzazione del costo effettivo delle prestazioni stesse.

L'individuazione dei centri riceventi deve essere costruita sulla base delle relazioni causali o funzionali esistenti con i centri cedenti. Si tratta in particolare di individuare quali centri usufruiscono, per la propria attività, di servizi prodotti da altri centri (o comunque contabilmente rilevati su altri centri, anche se acquistati da terzi). Ciascuna azienda, quindi, deve mappare al proprio interno le relazioni esistenti tra i centri (prevedendo anche una modalità di aggiornamento per tener conto di eventuali variazioni). Per ciascun centro cedente, quindi, dovranno essere individuati tutti i centri riceventi che beneficiano dei servizi forniti da quest'ultimo.

L'allocazione dei costi ai centri riceventi avviene mediante criteri di ribaltamento (driver) specifici per ciascun centro da ribaltare ricorrendo a parametri tecnico-funzionali che misurano l'attività prestata: un maggiore o minore valore del driver di ribaltamento comporta, quindi, rispettivamente una maggiore o minore quota di costi indiretti (es. la superficie in mq dei reparti per stimare il consumo di utenza elettrica da parte dei centri di costo).

Dal punto di vista contabile, il ribaltamento avviene:

- addebitando al centro ricevente le quote di costo ribaltate dai centri cedenti;
- accreditando al centro cedente il corrispondente ricavo.

La selezione delle basi di ripartizione (driver) sulla base dei quali ripartire i costi dei centri alberghieri, generali e di supporto sanitario, deve auspicabilmente rispettare i seguenti parametri:

- criterio causale: un costo deve essere distribuito ad un oggetto sulla base di un parametro che rifletta la causa che ha provocato il sostenimento del costo;
- misurabilità del parametro: il parametro adottato deve essere misurabile in modo oggettivabile, continuativo e "sostenibile";
- omogeneità a livello regionale: le basi di ripartizione devono essere il più possibile omogenee a livello regionale per tutte le aziende.

Il modello regionale propone alcuni driver da adottare per il ribaltamento di ciascun centro di costo. In alcuni casi, per particolari tipologie di servizio, sono fornite anche driver alternativi e meno specifiche da utilizzare nel caso in cui non siano disponibili i driver definiti come preferibili. Tutti i driver devono comunque essere testati, verificando non solo la disponibilità del dato per la costruzione del driver a livello di azienda, ma anche l'attendibilità/ragionevolezza dell'allocazione risultante.

Le aziende devono, quindi:

- rilevare (ove non siano già disponibili) i dati necessari al calcolo dei driver tendenzialmente “statiche” (es. mq di superficie occupata), strutturando al contempo meccanismi che segnalino la necessità di aggiornare la rilevazione.
- strutturare processi che consentano di disporre sistematicamente dei dati per il calcolo dei driver nel caso di basi “dinamiche” nel corso del tempo (es. numero di pasti serviti, ore di sala operatoria ...). In tal senso si ricorda che alcuni driver possono essere calcolati a partire da flussi informativi istituzionali (es. SDO, flusso del personale), senza necessità di attivazione di altre rilevazioni ad hoc.

Il processo di gestione dei costi indiretti prevede le seguenti fasi:

1. il ribaltamento dei servizi alberghieri su servizi sanitari di supporto, sui centri diagnostico terapeutici, sui centri finali (ad esclusione dei centri che hanno sola natura contabile) e sui centri di supporto;
2. il ribaltamento dei centri relativi ai servizi sanitari di supporto sui centri diagnostico terapeutici e sui centri finali;
3. la gestione delle prestazioni per interni rese dai centri relativi ai servizi diagnostico terapeutici;
4. la gestione delle prestazioni per interni rese dai centri finali.

## **2.5 I criteri di riallocazione e di ribaltamento**

Con il termine “ribaltamento” si possono intendere due differenti metodologie, l’una complementare all’altra:

- la riallocazione sui centri finali dei fattori produttivi che non sono direttamente registrabili sugli utilizzatori finali ma che trovano registrazione diretta su cdc locali di natura comune che vengono poi ribaltati sugli utilizzatori finali attraverso specifici driver. Per il flusso di contabilità analitica regionale rientra in questa tipologia di ribaltamento anche la fattispecie dei Fp\_std riferibili al personale prestato in quanto l’allocazione al cdc utilizzatore non è diretta ma passa da un driver di ribaltamento che sono le ore lavorare, nonché i turni.
- Il ribaltamento sui centri finali dei costi generati dai centri intermedi e di supporto (costi e ricavi indiretti) = ribaltamento dei cdc

Come già esplicitato nei paragrafi precedenti i cdc\_std possono essere classificati in tre distinti gruppi:

- Centri di Supporto: Servizi Alberghieri, Servizi di Supporto Sanitari;
- Centri Intermedi: Servizi Diagnostico-Terapeutici;
- Centri Finali: Reparti, Ambulatori, Servizi Territoriali, Attività di ricerca e Servizi Amministrativi e generali.

I centri di supporto (sanitario e alberghiero) hanno come funzione fondamentale quella di fornire servizi ai centri intermedi e ai centri finali e, salvo alcune eccezioni, non producono ricavi per l’Azienda.

I centri intermedi (i servizi diagnostico-terapeutici) offrono servizi sia ad altri cdc dell’Azienda (prestazioni per ricoverati) che a pazienti esterni (prestazioni ambulatoriali); questi ultimi generano per l’Azienda il ricavo derivante dalla valorizzazione a tariffa delle prestazioni effettuate.

I cdc che producono ricavi per l’Azienda e i servizi amministrativi centrali e generali sono classificati come centri finali:

- I reparti che producono la quota più rilevante dei ricavi per l’Azienda (i DRG), svolgendo una generalmente limitata attività a supporto dell’attività di altri centri (ad es. le visite a parere);
- Gli ambulatori che ricevono personale dai reparti e producono una quota rilevante di ricavi derivante dall’attività specialistica e non svolgono attività di supporto ad altri cdc;
- I servizi territoriali prevalentemente orientati all’attività psichiatrica e dell’emergenza;
- I servizi generali e amministrativi nonché la ricerca che rilevano i ricavi relativi a finanziamenti indistinti e non direttamente correlabili alla produzione.

La metodologia del ribaltamento dei centri intermedi e di supporto ha lo scopo di attribuire a “cascata” a ciascun centro di costo quote dei costi diretti (personale, beni, servizi) sostenuti da altri centri attraverso fattori produttivi generici che riportano la natura della prestazione/servizio ricevuto perdendo, però, l’informazione della reale natura del fattore produttivo; infatti attraverso il ribaltamento dei costi complessivi rilevati sul cdc\_std 4040600 Direzione di presidio e costi comuni si perde la natura dei costi su questo registrato (personale, beni, servizi etc..) a fronte di un Fp\_std figurativo che definisce la provenienza della quota di costi attribuiti (Costi indiretti da Direzione di presidio e costi comuni). I ribaltamenti devono essere effettuati secondo un preciso ordine, affinché ogni ribaltamento contenga anche la ripartizione dei costi indiretti precedentemente attribuiti a quel centro a seguito di precedenti ribaltamenti.

La cascata prevede i seguenti step:

1. In primis devono essere attribuiti a tutti i cdc i costi dei servizi alberghieri in appalto e le utenze (riallocazione di FP);
2. Successivamente si procede ribaltare i costi rilevati sui centri di costo di supporto ed intermedi secondo il seguente schema:

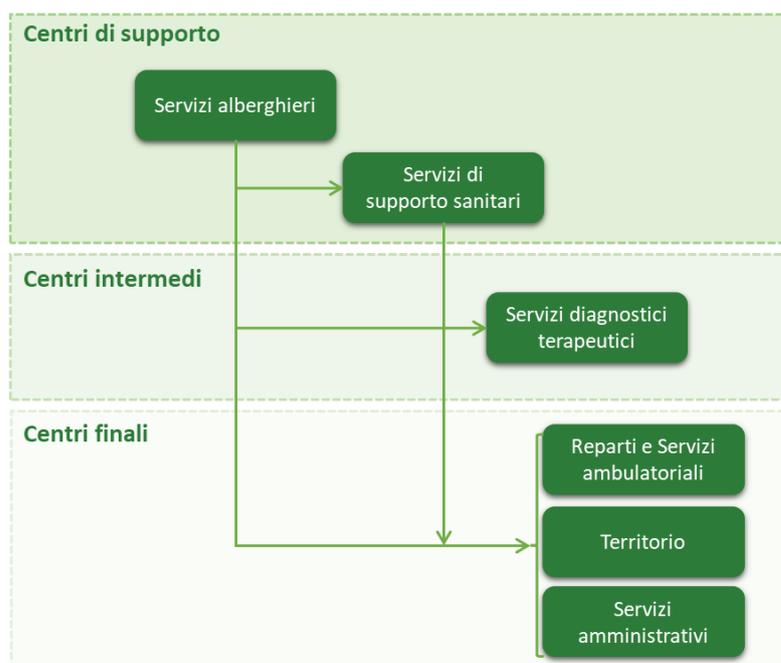


Figura 6: Livelli di ‘ribaltamento’ dei centri di costo

Dal momento che l'impostazione regionale non è orientata alla rilevazione di un costo pieno aziendale, ma alla valutazione dei margini di contribuzione alla copertura dei costi dei servizi amministrativi e centrali aziendali, è escluso dal processo il ribaltamento dei costi dei servizi generali e amministrativi, trattati come centri finali.

### 2.5.1 Riallocazione dei costi relativi a servizi alberghieri, manutenzioni e utenze

Per quanto riguarda i costi dei servizi alberghieri in appalto, delle utenze e delle manutenzioni, i costi dei quali sono registrati su specifici Fp\_std, laddove tali costi non siano direttamente allocati sul cdc locale specifico (ad esempio contatore elettricità esclusivo per radiologia, bollette con dettaglio dei costi per interno, fatture con le ore/mq di pulizie dettagliate per cdc locale etc..) si deve procedere alla riallocazione del costo, registrato tipicamente dalla contabilità generale su cdc locale di natura comune (stabilimento, comune aziendale etc..) e/o su cdc "virtuali" di appoggio, secondo specifici driver di ribaltamento o per % stimate di utilizzo.

La tabella seguente individua per i principali Fp\_std di questa tipologia le modalità di allocazione diretta (dove possibile) e di riallocazione, nonché i possibili driver<sup>9</sup> da utilizzare per il ribaltamento del costo sui cdc utilizzatori.

Tabella 1: Riallocazione dei costi relativi a servizi alberghieri, manutenzioni e utenze, driver per fattore produttivo

CODICE_CONTO std	DESCRIZIONE_CONTO std	DRIVER
704010010	Lavanderia	Gg di degenza per reparti (3022*) Teste personale (divise) per tutti i cdc in cui è richiesta la divisa. Per la ripartizione del costo tra biancheria piana e divise si faccia riferimento al contratto
704010020	Pulizia	Mq pesati per tipologia (degenza, ambulatori, uffici, aree comuni etc.)
704010030	Mensa <sup>10</sup>	Per degenti gg x 2 Per dipendenti n. pasti
704010040	Riscaldamento	Mq/mc
704010050	Smaltimento rifiuti	Kg di rifiuti smaltiti o metri quadri <sup>11</sup>
704010060	Servizi esterni di vigilanza	Da attribuire al cdc_std 4040300 Portineria Centralino e vigilanza, se attivo o, per gli stabilimenti nei quali tale cdc_std non è stato attivato, al cdc_std dei costi comuni di stabilimento che può essere 4040600 Direzione di Presidio e costi comuni o 4040610 Casa di comunità a seconda della tipologia di Stabilimento. È ovvio che dove il contratto preveda destinazioni specifiche è opportuno privilegiare le stesse procedendo quindi all'allocazione diretta del costo secondo quanto indicato nel contratto
704020010	Utenze telefoniche	Se non è possibile l'imputazione diretta attraverso gli interni utilizzare il driver delle teste
704020020	Utenze elettricità	Mq
704020030	Acqua, gas, combustibile	Gas per cucina, se mensa a gestione diretta, tutto al cdc 4040400-

<sup>9</sup> Solo per le ATS per cui la valutazione dei costi di produzione risulta meno significativa è possibile comunque utilizzare le teste FTE come driver di ribaltamento della maggioranza dei costi

<sup>10</sup> Per quanto riguarda i costi della mensa del personale dipendente il costo complessivo aziendale va caricato sul cdc 5000513 Gestione del personale e su questo cdc va altresì caricata tra i ricavi l'eventuale quota che il personale dell'Azienda paga per il servizio mensa.

<sup>11</sup> Si ricorda che per l'allocazione del costo dei rifiuti il mq non è un buon driver in quanto la quantità di rifiuti prodotta non è necessariamente funzione dello spazio occupato: si pensi ad esempio al servizio di riabilitazione che pur occupando spazi decisamente superiori alle altre specialità (è uno dei pochi servizi/reparti che deve avere per standard di accreditamento una palestra) non produce più rifiuti di quanti ne produca una medicina interna, che occupa spazi decisamente inferiori. D'altra parte, in assenza dei Kg di rifiuti prodotti, che dovrebbero però essere noti per programmare e successivamente controllare i costi dell'appalto, non esiste alternativa al driver dei mq.

CODICE_CONTO std	DESCRIZIONE_CONTO std	DRIVER
		Cucina e mensa Per gas, acqua e combustibile: Mq.
<b>704020040</b>	Altre UtENZE	Mq
<b>70400*</b>	Formazione	Tutti sul cdc_std 5000526 Formazione
<b>704060010</b>	Servizi di elaborazione dati	Sarebbe da privilegiare la logica dell'allocazione del costo sul cdc_std 5000505 Centro elaborazione dati, in quanto interventi su specifici cdc_std dovrebbero essere gestiti secondo il criterio della rotazione. Laddove però in azienda si privilegi l'allocazione diretta del costo all'utilizzatore è possibile procedere anche in tal modo
<b>706010010</b>	Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata per immobili e loro pertinenze	Mq
<b>706020020</b>	Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata per impianti e macchinari	Se impianti dedicati, tipo dialisi, sul cdc_std di competenza, se impianti generici di stabilimento (riscaldamento, ossigeno etc..) sul cdc comune di stabilimento e/o attribuiti ai cdc_std utilizzatori per Mq.
<b>706030030</b>	Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata per attrezzature tecnico-scientifiche sanitarie	Da attribuire al cdc_std presso il quale l'attrezzatura è inventariata. In caso di utilizzo comune a più cdc_std da ripartire in base alle ore di utilizzo dell'attrezzature
<b>706040040</b>	Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata per mobili e macchine	Da attribuire al cdc_std presso il quale il bene è inventariato. In caso di utilizzo comune a più cdc_std da ripartire: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Macchine in base alle ore di utilizzo</li> <li>• Mobili in base ai mq</li> </ul>
<b>706050050</b>	Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata per automezzi sanitari	Da attribuire al cdc_std presso il quale l'automezzo è inventariato. In caso di utilizzo comune a più cdc_std da ripartire in base ai km percorsi
<b>706060060</b>	Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata per automezzi non sanitari	Da attribuire al cdc_std presso il quale l'automezzo è inventariato. In caso di utilizzo comune a più cdc_std da ripartire in base ai km percorsi
<b>706070070</b>	Altre manutenzioni e riparazioni	Se non direttamente allocabile sul cdc_std utilizzatore e non noto il tipo di manutenzione tale per cui non è individuabile un driver specifico, utilizzare quale driver i mq.

Rientra in questa tipologia di ribaltamento anche il prestito di personale. Il personale prestato ad e da altre unità può essere ribaltato utilizzando come driver un costo standard per ora di lavoro: il costo totale ribaltato è quindi pari alle ore che il personale ha prestato ad altri centri di costo moltiplicato per un costo standard orario. Tale importo corrisponde ad un giroconto positivo per il reparto che ha ceduto le ore lavoro del personale in carico, mentre corrisponde ad un giroconto negativo per il reparto che ha richiesto tali ore di lavoro. Un tipico esempio è rappresentato dai medici dei reparti che effettuano turni in pronto soccorso, o dagli anestesisti che sono in carico al servizio di anestesia ma che lavorano sia in rianimazione che nelle sale operatorie.

### **2.5.2 Ribaltamento dei costi rilevati sui cdc\_std di supporto e intermedi**

Una volta che si sia proceduto alla riallocazione dei Fp\_std registrati in contabilità su cdc di natura comune si avvia il processo di ribaltamento a cascata dei cdc di supporto (alberghiero e sanitario) e intermedi.

Giova ricordare che il consumo di prestazioni per interni, che segua la logica della valorizzazione a tariffa e non a costo pieno, può essere attribuito ai cdc\_std utilizzatori in qualsiasi momento del processo di ribaltamento, sia nel primo step, insieme alla riallocazione dei FP, sia alla fine dopo che la cascata di ribaltamento si è conclusa. L'utilizzo della tariffa, infatti è indipendente dall'ammontare di costi rilevati sul

cdc produttore della prestazione e pertanto può avvenire sia prima che dopo che su tale cdc siano stati ribaltati i costi dei servizi di supporto alberghiero e/o sanitario.

Logica diversa deve essere invece utilizzata per i servizi intermedi e di supporto che valorizzano le proprie prestazioni a costo pieno<sup>12</sup> (si pensi ad esempio ai cdc\_std dell'area intensiva) in quanto la corretta valorizzazione del costo è disponibile solo dopo che sugli stessi siano stati ribaltati tutti i costi anche quelli provenienti da altri cdc che hanno erogato attività per questi.

Nel prosieguo della trattazione del ribaltamento dei costi registrati sui cdc\_std di supporto ed intermedi non si articolerà il lavoro per sezioni, in quanto i cdc trovano collocazione in sezioni differenti, ma per tipologia di cdc e per priorità nella cascata. Successivamente una tabella unica riassuntiva di tutti i cdc\_std oggetto di ribaltamento sintetizzerà i driver specifici da utilizzarsi.

### 2.5.2.1 Ribaltamento dei costi rilevati su cdc di supporto alberghiero e amministrativo

I centri alberghieri si posizionano “a monte” del percorso di ribaltamento in quanto risulta predominante il loro ruolo di fornitore di servizi intermedi ad altri centri. La nuova impostazione del piano dei centri di costo ha ridotto le linee di attività riconducibili all'attività alberghiera e amministrativa dal momento che ormai in tutte le ATS/ASST/IRCCS questo tipo di servizi sono appaltati e pertanto i costi degli stessi, rilevati su specifici FP mossi in contabilità, possono essere riallocati, come già detto, ai centri utilizzatori secondo driver di riferimento specifici definiti dalla letteratura.

La tabella seguente individua tali cdc\_std secondo la priorità di ribaltamento. Non si ritiene comunque opportuno che i costi rilevati sui cdc\_std contemplati nella tabella seguente possano essere a loro volta ribaltati su uno dei cdc\_std stessi, quindi, il processo di svuotamento di tali cdc\_std ha come oggetto tutti gli altri cdc\_std presenti nel piano dei cdc\_std e non quelli rappresentati in questa tabella. Risulterebbe infatti ridondante ribaltare i costi, ad esempio, di centralino e portineria sulla direzione di presidio quando poi anche questa è oggetto di ribaltamento. La logica infatti deve essere quella di ribaltare tali costi esclusivamente su cdc di supporto sanitario, cdc intermedi e cdc finali.

Tabella 2: Ribaltamento dei costi rilevati su cdc di supporto alberghiero e amministrativo

CDC STANDARD	DESCRIZIONE	FUNZIONE
4040200	Altri servizi alberghieri	deve essere utilizzato per rilevare il costo del personale dipendente marginale che si occupa di servizi alberghieri quali trasporto pazienti, raccolta rifiuti, distribuzione pasti e guardaroba presso i reparti e che non siano già allocati sugli stessi
4040300	Portineria Centralino e vigilanza	la riconduzione a questo cdc_std è funzione della collocazione fisica del servizio all'interno di un determinato immobile, potendo a tutti gli effetti definire tale costo come un costo della struttura di pertinenza. Si ricorda che su questo cdc non devono essere rilevate le utenze telefoniche, ma si devono ricondurre a questo cdc i costi relativi all'appalto del servizio di vigilanza e di portineria di pertinenza della struttura.
4040400	Cucina e mensa	va attivato solo nel caso di residui di gestioni dirette e quindi in presenza di personale dipendente dell'Azienda che eroga il servizio. Laddove il servizio è completamente appaltato a

<sup>12</sup> Anche laddove il driver di ribaltamento del costo pieno sia la tariffa come avviene per la radiologia interventistica

CDC STANDARD	DESCRIZIONE	FUNZIONE
		terzi il costo dell'appalto va attribuito direttamente ai cdc utilizzatori. Nel caso in cui il cdc Cucina e Mensa venga attivato e siano comunque rilevati dei costi sul conto relativo all'appalto del servizio, si ricorda che i costi relativi a tale conto andrebbero comunque direttamente attribuiti agli utilizzatori finali senza passare dal cdc in oggetto. In caso di attivazione del cdc i costi vanno ribaltati al netto dell'eventuale introito per "buoni pasto" rilasciati ad utenti esterni (specializzandi, consulenti etc.) e non al netto dell'eventuale introito del servizio mensa relativo al personale dipendente
<b>4040600</b>	Direzione di Presidio e costi comuni	il centro di costo rileva solo gli effettivi costi comuni di presidio e i costi della direzione medica di presidio. Si rilevano su tale cdc solo i consumi e i servizi residuali per i quali non esistano criteri oggettivi di attribuzione del costo ai cdc utilizzatori (affitto, manutenzione facciate e spazi comuni, ammortamenti stabile e impianti etc.). sulla direzione di presidio non devono essere registrati ricavi di natura comune dal momento che con nuovo sistema di valorizzazione delle funzioni per ciascuna è sempre individuabile l'effettivo cdc_std di pertinenza
<b>4040610</b>	Casa di comunità	Rileva tutti i costi generali dell'immobile non direttamente attribuibile alle singole linee di attività (cdc_std) attivate nell'ambito della casa della comunità attraverso la riallocazione dei FP; i costi di personale, beni e servizi sanitari non direttamente imputabili ad una linea di attività specifica e quindi al corrispondente cdc_std.
<b>2061407</b>	Accoglienza - CUP	Rileva tutti i costi sia del servizio di sportello che del servizio telefonico che dell'eventuale appalto
<b>4040100</b>	Accettazione ricoveri e servizio cartelle cliniche	Rileva i costi di tale servizio e deve essere ribaltato indistintamente su tutti i reparti di ricovero ordinario, DH, riabilitativo e sub acute attivati nel presidio di pertinenza. Rileva eventuali ricavi legati al servizio cartelle e quindi i costi vanno ribaltati al netto di tale importo.

**N.B** Per quanto riguarda i costi della **mensa del personale dipendente** il costo complessivo aziendale va caricato sul cdc 5000513- Gestione del personale (in quanto in bilancio sono presenti due distinti conti mensa: degenti e personale dipendente) e su questo cdc va altresì caricata tra i ricavi l'eventuale quota che il personale dell'Azienda paga per il servizio mensa.

I residui di gestione diretta possono essere imputati nei costi comuni di presidio, così come eventuali costi della camera mortuaria servizio necroscopico (ad eccezione ovviamente delle attività della medicina legale che vanno ricondotte allo specifico cdc\_std). I costi di eventuale personale manutentore residuante dalle ex gestioni dirette devono essere rilevati sul cdc Manutenzione (che non viene ribaltato), mentre i costi delle manutenzioni esternalizzate come precedentemente indicato devono essere riallocati sugli utilizzatori finali.

Sui cdc\_std di supporto alberghiero e amministrativo, tipicamente non si registrano ricavi diretti di produzione, pertanto, il costo da ribaltare sui cdc\_std utilizzatori è il costo complessivo rilevato sugli stessi. Fanno eccezione:

- il cdc\_std 4040400 "Cucina e Mensa" sul quale è possibile registrare il ricavo dei buoni pasto venduti a soggetti terzi (specializzandi, tirocinanti, consulenti, frequentatori abituali etc..), in questo caso quindi il costo da ribaltare è quello al netto dei ricavi diretti sugli stessi rilevati.

- Il cdc\_std 4040100 Accettazione ricoveri e servizio cartelle cliniche, sul quale possono essere registrati i ricavi relativi al rilascio di cartelle e quindi anche in questo caso il ribaltamento non avviene a costo pieno ma al costo complessivo al netto dei ricavi dell'attività specifica.

### 2.5.2.2 Ribaltamento dei costi rilevati su cdc di supporto sanitario

Afferiscono a quest'area tutta una serie di servizi di supporto che svolgono attività esclusivamente per interni e per i quali tipicamente non esiste una tariffa di remunerazione delle prestazioni erogate. Il ribaltamento avviene quindi a costo pieno secondo definiti driver o attraverso l'individuazione di % di assorbimento delle attività da parte dei centri finali utilizzatori. Come per il paragrafo precedente la tabella individua la priorità di ribaltamento fermo restando l'impossibilità di ribaltamenti intra cdc\_std appartenenti al gruppo.

Tabella 3: Ribaltamento dei costi rilevati su cdc di supporto sanitario

CDC STANDARD	DESCRIZIONE	FUNZIONE
3050517	Pool centrale di sostituzione	Rileva, in analogia con il corrispondente cdc attivato i Fluper il costo del personale del comparto che afferisce tipicamente al Sitra e che viene gestito dal Sitra stesso per garantire le sostituzioni presso i reparti. Su questo cdc non dovrebbero essere rilevati consumi e/o utenze ma solo costi del personale trattandosi a tutti gli effetti di un pool di persone che operano all'interno di un presidio i costi comuni del quale sono già registrati sullo specifico cdc_std 4040600
3080100	Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Rileva i costi del servizio farmacia, gli eventuali costi del servizio di farmacologia clinica e tutti i costi legati alla gestione del farmaco. Sul cdc devono essere rilevati i costi dei farmaci scaduti.
3080110	UMACA	Rileva i costi di produzione e gestione dei chemioterapici, ma non il costo dei farmaci che deve essere rilevato sul cdc-std di somministrazione
3050200	Altri servizi clinici attività per interni	Sul questo cdc devono essere rilevati i costi di servizi clinici generali di presidio e/o aziendali in quanto eventuali servizi clinici di pertinenza di una sola UO devono essere alla stessa ricondotti
3050307	Fisica sanitaria	Da attivarsi esclusivamente nei presidi presso i quali il servizio è funzionante
3050309	Pre-ricovero	Rileva i costi del personale dedicato all'attività di pre-ricovero mentre il costo degli eventuali accertamenti diagnostici, laddove possibile, deve essere già attribuito al successivo reparto di ricovero. Tali prestazioni per i servizi diagnostici devono comunque essere valorizzate a ricavo come prestazioni per interni e non possono rientrare nella remunerazione dell'attività specialistica ambulatoriale
3050304	Dietetica/dietologia	Rileva il costo del personale esclusivamente dedicato all'elaborazione delle diete speciali e al controllo della nutrizione dei pazienti ricoverati
3050312	Sterilizzazione	Il servizio dovrebbe risultare di carattere residuale dal momento che nel corso degli anni si è proceduto ad un'esternalizzazione dello stesso tale per cui il costo dovrebbe essere registrato sul FP di acquisto del servizio più che su un cdc_std. Eventuali costi marginali di gestione diretta della sterilizzazione possono essere registrati direttamente sul cdc-std delle sale operatorie
3060100	Trasporto sanitario assistito	Si riferisce al costo del trasporto del paziente ricoverato

CDC STANDARD	DESCRIZIONE	FUNZIONE
		quando questo viene trasferito tra presidi e/o tra stabilimenti/padiglioni dello stesso presidio. Non include i trasporti in emergenza (118) né il trasporto dializzati
<b>3050270</b>	Radiologia interventistica	A questa linea di attività deve essere ricondotta anche la neuroradiologia interventistica. Deve essere attivato solo nei presidi presso i quali l'attività è effettivamente funzionante. Il servizio non deve comunque essere confuso con la radiologia, in quanto richiede competenze professionali differenti ed eroga la propria attività in ambiente protetto se non in sala operatoria. Nella logica di rilevazione dei costi è opportuno che tutti i device di alto costo siano direttamente scaricati sul cdc_std che dimette il paziente o presso il quale il paziente esegue attività ambulatoriale e non vengano quindi caricati su questo cdc_std esattamente come avviene per le sale operatorie <sup>13</sup> . È quindi assimilabile all'attività di sala operatoria. Un gruppo di lavoro ha definito il nomenclatore tariffario delle prestazioni integrandolo anche alla luce del nuovo nomenclatore nazionale, che ha recepito alcune prestazioni in passato erogabili solo a pazienti ricoverati. Le aziende devono quindi nel tempo allinearsi a tale nomenclatore e valorizzare le prestazioni secondo le indicazioni in esso contenute.
<b>3050310</b>	Sale operatorie (comprende il servizio di anestesia)	Rileva tutti i costi generici di gestione della sala operatoria compreso il costo del personale anestesista e il personale del comparto (ferristi e nurse). Il costo dei chirurghi e del materiale protesico specifico devono essere rilevati sul reparto di degenza del paziente e non su questo cdc_std
<b>3050205</b>	Emodinamica	Trattandosi di una sala operatoria che non lavora esclusivamente per un reparto (come avviene per la sala parto) è indispensabile separare i costi di tale attività da quelli della cardiologia in quanto le professionalità, sia mediche che infermieristiche, e i consumi risultano assolutamente differenti da quelli del reparto di cardiologia che ha sostanzialmente una natura di orientamento medico più che chirurgico. Il costo del personale emodinamista deve essere rilevato su questo cdc_std mentre il materiale protesico specifico (non i cateteri e il materiale generico ma gli stent) deve essere rilevato sul cdc di dimissione del paziente

Rientrano in quest'area, dei servizi di supporto sanitario, anche i cdc\_std dell'area intensiva e semi-intensiva. Tali reparti non dovrebbero erogare prestazioni per l'esterno ma solo a supporto di altri reparti; l'atteso, infatti, è che trattandosi di assistenza intensiva e semi-intensiva prima della dimissione il paziente sia trasferito in altro reparto nel quale viene stabilizzato in modo definitivo per essere dimesso al domicilio. Tipicamente questi reparti non dovrebbero dimettere, a meno che il paziente muoia, ma nella realtà non è sempre così e quindi si configurano come centri di supporto che erogano prestazioni sia per altri che per l'esterno pur non configurandosi come centri di prestazioni intermedie. Nello specifico si tratta di:

<sup>13</sup> È comunque previsto, come per l'emodinamica, un avvicinamento graduale alla rilevazione dei costi dei device sul cdc\_std dimettente. Nei primi periodi, quindi, non saranno attivati controlli bloccanti in tale senso.

Tabella 4: Ribaltamento dei costi rilevati su cdc dell'area intensiva

CDC STANDARD	DESCRIZIONE	FUNZIONE
3022149	Terapia intensiva	<p>Rileva i costi del reparto, al netto dei costi del personale medico dedicato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servizio di anestesia, che devono essere rilevati sul cdc_std delle sale operatorie,</li> <li>• guardia di emergenza urgenza, che devono essere rilevati sul cdc_std del Pronto Soccorso,</li> <li>• attività di prericovero, che devono essere rilevati sul cdc_std dedicato</li> <li>• attività di terapia del dolore, che devono essere rilevati sul cdc_std dedicato</li> <li>• attività specialistica ambulatoriale in genere, al netto delle attività precedenti, che devono essere rilevati sul cdc_std del poliambulatorio attività clinica.</li> </ul> <p>Per la nettizzazione di tali costi è da preferirsi, laddove non esistano procedure di imputazione diretta in quanto il personale opera in modo esclusivo per una delle linee di attività precedentemente elencate, l'utilizzo dei Fp_std relativi al personale prestato. Seguendo tale logica è quindi indispensabile che in ogni presidio, nel quale è presente il reparto, i costi dell'eventuale equipe unica vengano ripartiti sulle distinte linee di attività attivando per ciascuna un cdc locale da correlare al corrispondente cdc_std. Sul reparto possono essere registrati ricavi per dimissione diretta di pazienti (morti o meno che siano) ma devono essere contabilizzati e valorizzati tutti i passaggi di pazienti che vengono poi dimessi da altri reparti</p>
3022194	Terapia semi-intensiva	<p>L'attivazione del cdc_std in oggetto si è resa necessaria alla luce delle indicazioni regionali in merito alla gestione dei pazienti in reparti di terapia semi-intensiva (not prot. G1.2021.0010576_1702021). Si ricorda che per la rendicontazione dei costi a questo cdc_std non vanno ricondotti né i costi dell'Utic, né quelli della stroke che hanno specifici cdc_std correlati all'attività erogata. Rileva quindi il costo dei nuovi reparti di terapia semi-intensiva eventualmente attivati nei diversi presidi ospedalieri ai sensi del DL 34/2020 per il potenziamento della rete ospedaliera; in particolare quelli relativi all'utir (sub intensiva della pneumologia)</p>
3022150	Utic	<p>Come definito per la Terapia intensiva anche per l'Utic è necessario che i costi di gestione del paziente in fase intensiva siano nettamente e distintamente separati sia da quelli del reparto di cardiologia che da quelli del servizio di emodinamica anche laddove nel presidio questi servizi facciano capo ad un'equipe unica, attivando quindi già a livello locale specifici cdc loc per rilevare tali costi e per garantire quindi a livello di flusso regionale una corretta correlazione 1:1 con i cdc_std. Vale quindi la medesima logica espressa precedentemente per la terapia intensiva e la scelta prioritaria di utilizzare i Fp_std del personale prestato per allocare il costo dello stesso sulle diverse linee di attività (reparto cardiologia, Utic, emodinamica, servizio cardiologia, pre-ricovero, pronto soccorso Sul cdc_std possono essere registrati ricavi per dimissione diretta di pazienti (morti o meno che siano) ma devono essere contabilizzati e valorizzati tutti i passaggi di pazienti che</p>

CDC STANDARD	DESCRIZIONE	FUNZIONE
		vengono poi dimessi da altri reparti
<b>3022232</b>	Stroke Unit	Anche per la stroke come per le altre tipologie di terapie intensive è necessario procedere all'attivazione di un cdc ad hoc separando i costi da quelli della neurologia. In analogia con terapia intensiva e Utic su questo cdc è possibile registrare ricavi di dimissione ma devono essere contabilizzati e valorizzati tutti i passaggi di pazienti che vengono poi dimessi da altri reparti

### 2.5.2.3 Ribaltamento dei costi rilevati su cdc intermedi

Rientrano in quest'area tutti i cdc\_std che erogano prestazioni sia per l'esterno che per l'interno. Sostanzialmente possono essere distinti in due differenti tipologie:

- Servizi per i quali il prezzo di trasferimento è definito da tariffe esplicitate in nomenclatori nazionali e/o regionali
- Servizi per i quali il prezzo di trasferimento è definito da criteri aziendali di assorbimento di attività e/o carichi di lavoro

Tabella 5: Ribaltamento dei costi rilevati su cdc intermedi

CDC STANDARD	DESCRIZIONE	FUNZIONE
<b>2061208</b>	Laboratorio hub	Per le modalità di rilevazione di costi e ricavi relativi all'attività di laboratorio nonché la gestione degli scambi di prestazioni tra hub e spoke si rimanda a quanto dettagliato nell' <i>Allegato 2: La rete dei laboratori analisi</i> . Si ricorda comunque che il FP_std figurativi 411010228 e 731010228 devono essere utilizzati solo per rilevare le prestazioni di scambio tra laboratori nonché quelle tra laboratori e punti prelievi siti in poliambulatori sprovvisti di laboratorio analisi. Per gli scambi tra laboratorio e reparti e/o bic e MAC devono essere utilizzati i FP_std figurativi 412061208 e 732061208.
<b>2061228</b>	Laboratorio spoke	
<b>2061203</b>	Anatomia e istologia patologica	Per le attività di anatomia patologia al momento non è disponibile un nomenclatore aggiornato in quanto quello elaborato dalla società scientifica di riferimento oltre ad essere ormai datato in realtà non ha mai sciolto il dubbio se le tariffe fossero da riferire alla procedura e/o al singolo vetrino. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei laboratori ai sensi della DGR XI / 7763 e del potenziamento della rete informatica dei laboratori clinici (OEr) un gruppo di lavoro multidisciplinare sta predisponendo un nomenclatore unico regionale; una volta che questo documento sarà disponibile si potrà procedere alla valorizzazione delle tariffe di trasferimento così come già fatto in passato per radiologia interventistica ed endoscopia.
<b>2061209</b>	Laboratorio di medicina trasfusionale	Per le modalità di registrazione di costi e ricavi sull'area del trasfusionale si rimanda a quanto specificato in dettaglio nell' <i>Allegato 1: Il servizio trasfusionale</i> . Allo stesso si rimanda per il corretto utilizzo dei FP_std figurativi di scambio di prestazioni tra i tre servizi e tali servizi e i reparti.
<b>3050217</b>	SIMT	
<b>3070217</b>	Centro Lavorazione e validazione sangue (CLV)	
<b>2061206</b>	Endocrinologia	È un ambulatorio o un servizio per il quale esiste uno specifico nomenclatore tariffario di riferimento. Nel caso in cui il cdc rivesta la fattispecie di servizio che eroga prestazioni anche per pazienti ricoverati, per rilevare tale attività, è necessario utilizzare gli specifici fp standard figurativi.
<b>2061210</b>	Medicina nucleare (senza posti letto)	È un ambulatorio o un servizio per il quale esiste uno specifico

CDC STANDARD	DESCRIZIONE	FUNZIONE
		nomenclatore tariffario di riferimento. Nel caso in cui il cdc rivesta la fattispecie di servizio che eroga prestazioni anche per pazienti ricoverati, per rilevare tale attività, è necessario utilizzare gli specifici fp standard figurativi.
2061216	Cardiologia	È un ambulatorio o un servizio per il quale esiste uno specifico nomenclatore tariffario di riferimento. Nel caso in cui il cdc rivesta la fattispecie di servizio che eroga prestazioni anche per pazienti ricoverati, per rilevare tale attività, è necessario utilizzare gli specifici fp standard figurativi.
2061256	Recupero e riabilitazione funzionale	È un ambulatorio o un servizio per il quale esiste uno specifico nomenclatore tariffario di riferimento. Nel caso in cui il cdc rivesta la fattispecie di servizio che eroga prestazioni anche per pazienti ricoverati, per rilevare tale attività, è necessario utilizzare gli specifici fp standard figurativi.
2061258	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	Per questa attività è stato predisposto un nomenclatore tariffario regionale elaborato da un gruppo di lavoro multidisciplinare al quale hanno partecipato sia clinici che referenti del controllo di gestione. A tale nomenclatore si rimanda sia per la codifica delle prestazioni nei sistemi interni di order entry che per la valorizzazione delle stesse. <i>Allegato 7: Tariffario Endoscopia</i>
2061269	Attività di diagnostica per immagini	È un servizio per il quale esiste uno specifico nomenclatore tariffario di riferimento
2061319	Genetica medica	È un ambulatorio o un servizio per il quale esiste uno specifico nomenclatore tariffario di riferimento. Nel caso in cui il cdc rivesta la fattispecie di servizio che eroga prestazioni anche per pazienti ricoverati, per rilevare tale attività, è necessario utilizzare gli specifici fp standard figurativi.
3012220	Pronto soccorso	È un servizio che non operando a tariffa, se non per le prestazioni erogate a pazienti non ricoverati, implica due differenti step di suddivisione dei costi complessivi: il primo che ripartisce in costi complessivi in costi per interni e costi per esterni; il secondo che sulla base del valore del costo per interni ripartisce lo stesso tra i vari reparti utilizzatori. Per i criteri si rimanda all'esempio

#### 2.5.2.4 I driver di ribaltamento per i costi rilevati su cdc di supporto e intermedi

Tabella 6: Driver di ribaltamento per i costi rilevati su cdc di supporto e intermedi

Cod cdc_std	DESCRIZIONE	Driver	Cdc_std destinatari	Fp_std di ricavo	Fp_std di costo
4040200	Altri servizi alberghieri	Driver specifico per tipologia o genericamente Mq	Tutti i cdc_std dello stabile	414040200	734040200
4040300	Portineria Centralino e vigilanza	MQ	Tutti i cdc_std dello stabile	414040300	734040300
4040400	Cucina e mensa <sup>14</sup>	Per degenti gg x 2 Per dipendenti n. pasti	Reparti (mensa pazienti) e costi comuni personale (mensa)	414040400	734040400

<sup>14</sup> Per quanto riguarda i costi della mensa del personale dipendente il costo complessivo aziendale va caricato sul cdc 5000513 Gestione e sviluppo delle Risorse Umane e su questo cdc va altresì caricata tra i ricavi l'eventuale quota che il personale dell'Azienda paga per il servizio mensa.

Cod cdc_std	DESCRIZIONE	Driver	Cdc_std destinatari	Fp_std di ricavo	Fp_std di costo
			dipendenti)		
<b>4040600</b>	Direzione di Presidio e costi comuni	% di incidenza del costo del cdc afferente al presidio sul totale dei costi di tutti i centri afferenti al presidio	Tutti i cdc_std del presidio	414040600	734040600
<b>4040610</b>	Casa di comunità	% di incidenza del costo del cdc afferente alla casa di comunità sul totale dei costi di tutti i centri afferenti alla casa di comunità	Tutti i cdc_std dello stabile	414040610	734040610
<b>2061407</b>	Accoglienza – CUP	Numero di pazienti accettati	Servizi ambulatoriali	412061407	732061407
<b>4040100</b>	Accettazione ricoveri e servizio cartelle cliniche	N. ricoveri	Reparti ordinari e DH/SD	414040100	734040100
<b>4040517</b>	Pool centrale di sostituzione	Ore o n. turni coperti	Tutti i cdc sanitari del presidio	413050517	733050517
<b>3080100</b>	Farmacia Ospedaliera e Territoriale	Quantità scaricate	Tutti i cdc_std con consumo di farmaci	413080100	733080100
<b>3080110</b>	UMACA	Quantità	Tutti i cdc_std con consumo di chemioterapici	413080110	733080110
<b>3050200</b>	Altri servizi clinici attività per interni	Tariffa o % tra i richiedenti usando quale driver il valore del fatturato	Reparti, servizi ambulatoriali	413050200	733050200
<b>3050307</b>	Fisica sanitaria	Costo/prezzo di trasferimento delle prestazioni/% rispetto alla valutazione dei carichi di lavoro	Reparti, servizi ambulatoriali e diagnostico terapeutici	413050307	733050307
<b>3050309</b>	Pre-ricovero	Numero di pre-ricoveri	Reparti	413050309	733050309
<b>3050304</b>	Dietetica/dietologia	Giornate di degenza	Reparti	413050304	733050304
<b>3050312</b>	Sterilizzazione	% stimate o utilizzo effettivo	Reparti, servizi ambulatoriali e diagnostico terapeutici	413050312	733050312
<b>3060100</b>	Trasporto sanitario assistito	Numero pazienti trasportati	Reparti, servizi ambulatoriali e diagnostico terapeutici	413060100	733060100
<b>3050270</b>	Radiologia interventistica	Tariffe definite dal Gruppo di lavoro multidisciplinare (rilevate nell' <i>Allegato 8: Tariffario Radiologia Interventistica</i> ) da utilizzare quale driver per il ribaltamento a costo pieno in quanto trattasi di attività esclusivamente per interni	Reparti, servizi ambulatoriali	413050270	733050270
<b>3050310</b>	Sale operatorie (comprende il servizio di anestesia)	Ore programmate di seduta operatoria di elezione <sup>15</sup> + ore fuori seduta per urgenze	Reparti, BIC	413050310	733050310

<sup>15</sup> Vengono indicate le ore programmate e non le ore di effettivo utilizzo in quanto il costo di gestione della sala è legato alla programmazione ed un'inefficienza legata ad un sottoutilizzo deve essere correttamente attribuita al cdc\_std che non è stato in

Cod cdc_std	DESCRIZIONE	Driver	Cdc_std destinatari	Fp_std di ricavo	Fp_std di costo
3050205	Emodinamica	Ore di funzionamento sala programmata e urgenza	Reparti	413050205	733050205
3022149	Terapia intensiva	Costo a giornata (costo tot/ (dimessi propri + passaggi altri reparti)) *numero di giornate utilizzatore	Reparti	413022149	733022149
3022194	Terapia semi-intensiva	Costo a giornata (costo tot/ (gg dimessi propri + gg passaggi altri reparti)) *numero di giornate utilizzatore	Reparti	413022194	733022194
3022150	Utic	Costo a giornata (costo tot/ (dimessi propri + passaggi altri reparti)) *numero di giornate utilizzatore	Reparti	413022150	733022150
3022232	Stroke Unit	Costo a giornata (costo tot/ (dimessi propri + passaggi altri reparti)) *numero di giornate utilizzatore	Reparti	413022232	733022232
2061208	Laboratorio hub	Tariffa	- Reparti - Poliambulatori attività di prelievo - SIMT e CLV	412061208 411010228 413070209	732061208 731010228 733070209
2061228	Laboratorio spoke	Tariffa	- Reparti - Poliambulatori attività di prelievo	412061208 411010228	732061208 731010228
2061203	Anatomia e istologia patologica	Transfer price o transfer cost in attesa dell'aggiornamento del nomenclatore tariffario	Reparti	412061203	732061203
2061209	Laboratorio di medicina trasfusionale	Si rimanda a quanto esplicitato nell' <i>Allegato 1: Il servizio trasfusionale</i>	Reparti SIMT e CLV	412061209 413070209	732061209 733070209
3050217	SIMT	Si rimanda a quanto esplicitato nell' <i>Allegato 1: Il servizio trasfusionale</i>	Reparti e File F	413050217	733050217
3070217	Centro Lavorazione e validazione sangue (CLV)	Si rimanda a quanto esplicitato nell' <i>Allegato 1: Il servizio trasfusionale</i>	Reparti	413050217	733050217
2061206	Endocrinologia	Tariffe	Reparti	412061206	732061206
2061210	Medicina nucleare	Tariffe	Reparti	412061210	732061210
2061216	Cardiologia	Tariffe	Reparti	412061216	732061216
2061256	Recupero e riabilitazione funzionale	Tariffe	Reparti	412061256	732061256
2061258	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	Tariffe definite dal Gruppo di lavoro multidisciplinare e rilevate all'allegato	Reparti	412061258	732061258

grado di utilizzare a pieno la seduta. Per una corretta contabilizzazione sarebbe opportuno che il ribaltamento dei costi avvenga considerando sia le ore programmate che le eventuali ore di "sforamento" della programmazione in quanto le sedute che si concludono oltre l'orario programmato implicano ulteriori costi di gestione che andrebbero attribuiti a chi li ha generati. In attesa che le direzioni operative, deputate tra le altre cose alla corretta gestione delle sale operatorie, siano in grado di gestire appieno questa problematica e quindi siano in grado di approntare i sistemi informativi così da avere sempre allineamento tra programmazione ed effettivo utilizzo si opta per la scelta del driver immediatamente disponibile e cioè quello della programmazione delle sedute ordinari + il tempo di utilizzo delle sedute di urgenza.

Cod cdc_std	DESCRIZIONE	Driver	Cdc_std destinatari	Fp_std di ricavo	Fp_std di costo
		n. <i>Allegato 7: Tariffario Endoscopia</i>			
<b>2061269</b>	Attività di diagnostica per immagini	Tariffe	Reparti	412061269	732061269
<b>2061319</b>	Genetica medica	Tariffe	Reparti	412061319	732061319
<b>3012220</b>	Pronto soccorso	Si rimanda all'indicazione specifica	Reparti	413012220	733012220

**N.B.** Transfer price: tariffa regionale, definita dai tavoli di lavoro del controllo di gestione, o aziendale al fuori dei nomenclatori tariffari regionali o nazionali.

Transfer cost: ripartita % tra i vari utilizzatori sulla base del valore dei DRG di dimissione dei pazienti trattati e/o dei casi trattati. Per la seconda ipotesi si tratta di valutare il valore del DRG o il numero di casi come driver per il reparto dei costi, rilevando quindi per ciascun richiedente il fatturato finale (ovviamente solo dei casi trattati) o il numero dei pazienti trattati e usando questo valore per individuare le % di incidenza di ciascun richiedente, sulla base delle quali ripartire il costo.

Si rileva che, rispetto alle indicazioni di massima fornite dalla tabella rispetto ai cdc\_std utilizzatori finali, non tutti i centri finali possono accogliere costi per servizi diagnostico terapeutici e di supporto sanitari; esistono infatti cdc\_std finali, quali ad esempio, i servizi terapeutici senza posti letto quali radioterapia, dialisi e terapia del dolore, sui quali non devono essere rilevati tali costi.

Approfondimento particolare richiede il Pronto Soccorso che non deve essere considerato un utilizzatore finale delle prestazioni intermedie:

- I costi delle prestazioni dei servizi diagnostici erogate a pazienti transitati da PS e ricoverati devono essere attribuite direttamente al reparto dimettente e i relativi ricavi ai cdc\_std erogatori.
- I ricavi delle prestazioni diagnostiche erogate a pazienti transitati in PS e successivamente dimessi a domicilio sono attribuiti al cdc\_std erogatore (laboratorio, radiologia, anatomia patologica, ecc).

I costi di PS devono essere ripartiti tra pazienti transitati da PS e dimessi a domicilio e pazienti transitati da PS e ricoverati sulla base di un driver: il driver da utilizzare, per questa prima ripartizione dei costi è il numero di accessi rimodulati con il criterio di un peso standard. Si riporta di seguito la tabella che definisce il peso standard e formula un esempio di ripartizione tra interni ed esterni:

Tabella 7: Gestione dei costi di Pronto Soccorso – esempio: Driver e pesi

Modalità di dimissione	N° accessi	Peso assegnato	Somma peso	% di distribuzione
<b>A domicilio</b>	26.184	1	26.184	75%
<b>Ricoveri</b>	2.914	3	8.742	25%
<b>Totale</b>	29.098		34.926	

La quota di costo individuata per i pazienti ricoverati dovrà quindi essere ribaltata sui reparti dimettenti sulla base del numero dei ricoveri; questa operazione trova registrazione di ricavo sul PS con FP\_std 413012220 e registrazione di costo sui reparti dimettenti con FP\_std 733012220. Le SDO da considerare per valutare il numero di pazienti sono quelle con tipo ricovero uguale a 2 (ricovero urgente) e 3 (TSO).

Nell'esempio proposto se i costi complessivi ammontassero a € 4.795.492, i costi da attribuire ai reparti dimettenti con fattore produttivo 733012220 sarebbero pari a €1.198.873 (corrispondenti al 25% del totale); e nell'ottica in cui i pazienti dimessi fossero così distribuiti:

Tabella 8: Gestione costi di Pronto Soccorso – esempio: Costi ribaltati

Reparto	N° ricoveri	Costo ribaltato
---------	-------------	-----------------

Reparto	N° ricoveri	Costo ribaltato
Chirurgia generale	635	261.251
Medicina generale	635	261.251
Ostetricia e ginecologia	551	226.691
Pediatria	738	303.627
Psichiatria	307	126.305
Terapia intensiva, anestesia e rianimazione	33	13.577
Patologia neonatale, neonatologia - 01	15	6.171
<b>Totale</b>	<b>2.914</b>	<b>1.198.873</b>

Il costo ribaltato a ciascun reparto dimettente sarebbe quello indicato nella terza colonna.

### 3 Parte Terza: Le Strutture - centri di costo standard

#### 3.1 Premessa

Il flusso di coan regionale prevede l'alimentazione dei fattori produttivi di costo/ricavo su cdc locali per i quali sono previsti una serie di attributi:

- Ente
- Distretto
- Struttura
- Centro di costo standard
- Sequenza cdc locale

Gli **enti** sono le Aziende, le Agenzie e gli Istituti definiti dalla LR 33/2009 e successive s.m.i. identificati da un codice numerico a tre caratteri. Il sistema SMAF garantisce che la base dati sia alimentata mediante un processo formale di caricamento dei dati da parte del titolare dei dati stessi.

Il **distretto** è quello individuato dalla LR 22/2021 ed individua il territorio nel quale sono articolate sia le ATS che le ASST. Dal flusso 2023 il campo distretto del tracciato record deve essere compilato da tutti gli enti secondo la logica della distribuzione territoriale dei punti di erogazione per ASST/IRCCS e dei consumi dei residenti per le ATS.

Le **strutture** sono tutti i presidi e le altre strutture di offerta associati a ciascuna azienda, identificati dal codice CUDES. Corrispondono alle sedi sulle quali sono rendicontate le prestazioni nei flussi regionali e che, di conseguenza, hanno generato dei costi in relazione a tale attività. Sono quindi stati attivati dei controlli di qualità per verificare la completezza e la coerenza delle rilevazioni di Co.An rispetto ai flussi regionali di produzione.

La struttura è identificata in modo univoco in tutti i flussi regionali, come anticipato, attraverso il codice CUDES (codice unico degli enti e delle strutture), che corrisponde ai codici HSP/STS rendicontati nei flussi ministeriali. Per tutte le attività non tracciate nei flussi ministeriali, deve essere utilizzata:

- La Cudes della casa di comunità o della COT per le attività territoriali erogate all'interno di queste strutture
- una Cudes fittizia territoriale (codice ente&'00001') per le altre attività territoriali (ADI, protesica, integrativa, etc.)
- una Cudes fittizia aziendale (codice ente&'00000') per tutto il resto. Fanno eccezione le cure palliative domiciliari, per le quali, in assenza di Cudes specifica, occorre utilizzare la Cudes dell'hospice.

L'attenta ripartizione dei valori economici tra le strutture aziendali costituisce la premessa fondamentale all'avvio del processo di costruzione dei bilanci di presidio ed è complementare alla rilevazione dei valori per linea di attività, che invece mira a costruire un modello regionale standard.

Il **centro di costo standard** individua l'aggregazione minima di analisi del flusso di contabilità analitica. Per i livelli di assistenza relativi alla specialistica ambulatoriale e al ricovero segue la logica delle discipline

ministeriali di erogazione delle prestazioni e per l'attività territoriale l'articolazione in livelli di assistenza previsti dal modello LA e dal decreto legislativo 77/2022.

La **sequenza locale**: l'utilizzo di tale campo ha la seguente finalità:

1. Reparti di ricovero (3022\*): indicare la sequenza presente nel flusso SDO al campo REPSDO; tale per cui se nel presidio sono attive 2 medicine che rendicontano con differente REPSDO (2601 e 2602) la sequenza locale da utilizzarsi per correlare le rilevazioni di costo e ricavo sulla contabilità analitica al flusso SDO è 01 per la medicina 1 (3022126\_01) e 02 per la medicina 2 (3022126\_02);
2. Assistenza penitenziaria (2200100): per distinguere quelli che sono i centri di costo locali che si riferiscono all'attività tipica di assistenza penitenziaria (seq\_loc 01) da quella che è l'attività delle REMS (seq\_loc 02);
3. Centri di Riferimento Regionale area ospedaliera e Banche (3070200): la seq\_loc è utilizzata per identificare lo specifico centro Regionale di Riferimento e/o la Banca di modo che non si debba passare dalla descrizione dei cdc\_locali per comprendere a quale tipo di attività finanziata a funzione si faccia riferimento. Per il dettaglio della sequenza locale di ciascun centro di riferimento si rimanda alla tabella esplicativa appostata al paragrafo 3.2.2 Specificità di alcuni centri/attività nell'ambito della descrizione specifica del cdc\_std in oggetto.
4. Ricerca: i cdc locali nei quali sono rilevati costi e ricavi della ricerca finalizzata e corrente devono essere correlati al cdc\_std gerarchicamente competente utilizzando la sequenza locale 70 per la ricerca corrente e 75 per la ricerca finalizzata.
5. L'individuazione specifica di progetti finanziati con risorse vincolate: a tal fine, laddove necessario individuare questa fattispecie per specifici cdc\_std saranno date con nota le indicazioni di riferimento.

Il campo sequenza locale non deve essere utilizzato con la logica di numerare i vari cdc locali che vengono correlati ad un cdc\_std; pertanto, nel caso in cui ad uno stesso cdc\_std siano correlati 3 cdc locali (ad esclusione delle ipotesi precedentemente richiamate) la sequenza locale deve sempre essere "01" e non deve essere 01, 02, 03 perché la logica di utilizzo è esclusivamente quella precedentemente esplicitata.

### 3.2 Indicazioni per l'utilizzo del codice struttura nel flusso Coan

Di seguito vengono fornite delle indicazioni circa il corretto utilizzo del codice struttura con riferimento a particolari centri di costo.

**File F:** laddove sia utilizzato il cdc\_std 2043100 e non vengano invece imputati direttamente al cdc\_std di prescrizione/erogazione i fattori produttivi di costo e di ricavo, occorre prestare attenzione alla Cudes utilizzata, infatti l'uso della Cudes fittizia aziendale non è più consentito in quanto dal 2019 anche le funzioni vengono ripartite per presidio e non più solo a livello di azienda; l'uso della struttura fittizia territoriale è possibile solo per le tipologie 6 e 12, e solo in assenza di Cudes specifica (ad esempio, Sert). Per le altre tipologie, occorre utilizzare la Cudes reale (ospedale o poliambulatorio ospedaliero), secondo quanto esplicitato alla voce espressamente dedicata al File F al par 3.2.2.

**Centri di costo tipicamente territoriali:** per i cdc relativi ad attività territoriali erogate da ASST e IRCCS (a prescindere dal sezionale di bilancio sul quale vengono rendicontati i relativi costi e ricavi), in assenza di CUDES specifica (la Cudes della Casa della Comunità deve intendersi come Cudes specifica), deve essere utilizzata la CUDES fittizia territoriale:

Tabella 8: Centri di costo tipicamente territoriali

CDC_STD	DESCRIZIONE
1030100	Unità Organizzative Ospedaliere di Medicina del lavoro (UOOML)
1050100	Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive
1050300	Promozione della salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali (PDS)
1060100	Medicina legale
1070555	Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria in ATS
2010100	Guardia Medica
2025100	Sportello scelta e revoca
2030100	Emergenza territoriale e centrali operative 118
2051110	Assistenza integrativa: presidi per diabetici e malattie rare
2051120	Assistenza integrativa: dietetica
2052100	Assistenza protesica monouso: distribuzione diretta e acquisto di prestazioni
2053100	Altra assistenza protesica
2061400	Trasporto utenti per attività ambulatoriale
2081100	Cure domiciliari
2020330	PUA
2081120	Cure palliative domiciliari
2083200	Altri servizi donne, minori, coppie, famiglie
2086100	Attività ambulatoriale disabili
2200100	Assistenza penitenziaria
2210700	Direzione di Distretto e costi comuni

Per Consultori, SERT e NOA deve sempre essere utilizzata la Cudes prevista dai modelli STS e nel caso di sedi secondarie l'eventuale cdc locale deve essere ricondotto alla sede principale.

Per Tutte le attività che trovano collocazione dentro la casa di comunità si possono manifestare le seguenti fattispecie:

- non hanno una loro specifica Cudes e quindi devono essere rendicontate con la Cudes della Casa della Comunità;
- hanno una loro specifica Cudes (ad esempio il consultorio) e quindi devono essere rendicontate con questa

Per la Casa di Comunità, intesa come struttura, valgono infatti le stesse indicazioni relative all'utilizzo della Cudes dei poliambulatori intra ospedalieri: tutti i cdc\_std collocati nello stesso devono essere rendicontati con la Cudes STS e non con la Cudes HSP; tale regola vale anche per i servizi collocati nella Casa di Comunità se dotati di Cudes. Per non perdere però l'informazione rispetto alla collocazione di una specifica Cudes di flusso all'interno di un presidio ospedaliero o di una Casa di Comunità, Le associazioni tra Cudes "intra" e Cudes di edificio verranno gestite oltre che attraverso l'anagrafica "dati codificati" (che per le strutture intra ospedaliere ne definisce il dettaglio e il presidio di appartenenza) anche attraverso una nuova tabella di anagrafica del flusso Coan, attivata a partire dal 2023, che determinerà la correlazione tra Cudes intra

presidio ospedaliero (in analogia a quanto definito in dati codificati) e la Cudes del presidio ospedaliero e tra Cudes intra Casa di Comunità e Cudes della Casa di Comunità.

**Centri di costo comuni e servizi amministrativi centralizzati:** Per i centri di costo Direzione di presidio, la farmacia ospedaliera e la libera professione è sempre necessario utilizzare una Cudes reale, quella nella quale è effettivamente erogata l'attività.

Per i cdc locali che rilevino costi di natura comune ad un immobile (presidio, casa di comunità, ambulatorio, consultorio, Sert etc....) è necessario usare la Cudes specifica dello stabilimento.

Per tutti gli altri costi comuni e per i servizi amministrativi aziendali che confluiscono nella sezione 5 (quali, ad esempio, ragioneria, personale, controllo di gestione, Risk management SRPP etc...), è necessario utilizzare la CUDES fittizia aziendale, anche nel caso in cui tali servizi, per ragioni logistiche, siano fisicamente collocati all'interno di uno specifico presidio e/o di una Cudes territoriale.

È noto il fatto che alcuni servizi, finora tipicamente riconducibili ad un presidio/struttura territoriale, si presentano oggi in alcune realtà come servizi esternalizzati o centralizzati a livello di azienda a prescindere dall'effettiva collocazione fisica (CUP, SITRA, accettazione ricoveri, trasporti sanitari non in emergenza, sterilizzazione, portineria/vigilanza, eccetera): eccezionalmente e in deroga alle regole generali, essi possono essere ricondotti alla Cudes fittizia aziendale anziché al presidio (distinguendo, laddove possibile, almeno la parte territoriale sulla Cudes fittizia territoriale). Fa eccezione la farmacia ospedaliera che deve sempre e comunque essere ricondotta ad una CUDES ospedaliera<sup>16</sup> (corrispondente ad un codice HSP11), e poi da questa ribaltata sugli utilizzatori attraverso gli appositi FP di ribaltamento con dettaglio delle Cudes degli utilizzatori finali sulla tabella interpresidio.

**Sanità penitenziaria:** trattandosi di attività riconducibile all'area distrettuale-territoriale, per questo cdc\_std è necessario utilizzare la Cudes fittizia territoriale. Per le REMS è necessario che le stesse vengano individuate in modo univoco rispetto all'altra assistenza penitenziaria utilizzando per i cdc locali che individuano questa tipologia di attività la sequenza locale 02. La gestione del Gruppo operativo Carcere di Monza dev'essere rendicontato sulla Cudes 003042.

**Centro di costo di quadratura:** tale cdc\_std non può essere correlato genericamente alla Cudes aziendale ma deve essere riproposto "n" volte quante sono le Cudes per le quali è richiesta la quadratura nella formulazione del modello del Conto di Presidio (CP). In particolare, per la quadratura e la corretta attribuzione nel modello CP di costi e ricavi alle varie articolazioni dello stesso è necessario attivare almeno un cdc\_std di quadratura per:

- presidio ospedaliero nel quale rilevare solo costi e ricavi di quadratura dell'attività di ricovero e del Pronto Soccorso;
- STS intra ospedaliere, per rilevare su ciascuna Cudes specifica la quadratura dei ricavi (solo ambulatoriali e attività territoriale al netto di qualsiasi ricavo per ricovero) e quella dei costi di competenza così che gli stessi confluiscono poi nella corretta colonna del modello CP.
- Cudes territoriali extra ospedaliere per tutti i cdc\_std che sono collegati a Cudes specifiche. Nel caso in cui i sistemi di contabilità analitica aziendali non siano in grado di scendere a questo livello

---

<sup>16</sup> A meno che ovviamente non si tratti di una farmacia esclusivamente territoriale che allora va associata alla Cudes territoriale aziendale

di dettaglio è possibile procedere alla quadratura dei costi e dei ricavi registrati sulle Cudes extra ospedaliere attraverso un cdc\_std unico collegato alla Cudes aziendale territoriale;

- Cudes fittizia territoriale aziendale per registrare la quadratura di costi e ricavi di tutte le attività territoriali extra-ospedaliere (cdc\_std specifici come definiti al par. 3.2) che nell'anagrafica regionale sono collegate alla Cudes territoriale aziendale;
- Cudes fittizia aziendale per registrare la quadratura di costi e ricavi dei cdc\_std relativi ai costi comuni e alla attività amministrative e generali centrali aziendali, in analogia a quanto indicato nell'utilizzo della Cudes per questi specifici cdc\_std.

### 3.2.1 Linee di attività

Le **linee di attività standard** sono l'articolazione delle attività produttive e di supporto all'interno di ogni singola struttura. Tale definizione è indipendente dall'organizzazione delle singole aziende e risponde a regole regionali dettate da esigenze di uniformità ed omogeneità della rappresentazione. Data la complessità di tali regole, a esse sono riservati i capitoli che seguono.

Il piano dei centri è strutturato in:

- Centri finali: reparti (ai quali vengono assegnati i ricavi diretti correlati alle attività di degenza ordinaria e di day hospital), servizi ambulatoriali (ai quali vengono assegnati i ricavi diretti correlati alle attività ambulatoriale, MAC e BIC), servizi territoriali (case della comunità, COT, OdC, consultori, medicina di base, prevenzione, veterinaria, emergenza, residenzialità, semi residenzialità etc....), attività di ricerca;
- Servizi diagnostico-terapeutici, che possono assumere la duplice veste di centri finali e intermedi: come centri finali forniscono direttamente i servizi all'utente in regime ambulatoriale e come centri intermedi forniscono prestazioni ai centri finali; ad essi vengono assegnati i ricavi diretti delle prestazioni ambulatoriali rese all'esterno e i ricavi indiretti per le prestazioni rese all'interno;
- Servizi sanitari, che costituiscono centri di supporto all'attività dei cdc\_std finali e ai quali vengono assegnati i ricavi indiretti per le prestazioni rese all'interno;
- Servizi alberghieri;
- Servizi generali di presidio/Casa di comunità;
- Servizi generali di azienda.

Le linee di attività cui attribuire le rilevazioni di costi e ricavi COAN sono articolate in cdc standard, raggruppati nelle seguenti categorie:

- ✓ **Attività di Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica** (Igiene e Sanità pubblica, Igiene degli alimenti e della Nutrizione, Prevenzione e sicurezza in ambiente di lavoro e medicina del lavoro, Attività di prevenzione rivolte alla persona, Servizio medico legale, Sanità pubblica veterinaria) sul quale rilevare i costi e i ricavi dell'attività di prevenzione erogata sia dalle ATS che dalle ASST/IRCCS;
- ✓ **Assistenza Distrettuale.** rileva attività standard sia di gestione dalle ATS che dalle ASST/IRCCS, articolate in coerenza con il modello LA:
  - Continuità assistenziale

- Assistenza sanitaria di base
  - Emergenza sanitaria territoriale
  - Assistenza farmaceutica
  - Assistenza integrativa e protesica
  - Assistenza specialistica ambulatoriale
  - Assistenza Case di Comunità, Ospedali di comunità, COT
  - Assistenza territoriale domiciliare e ambulatoriale
  - Assistenza territoriale semi-residenziale
  - Assistenza territoriale residenziale
  - Assistenza termale
  - Assistenza penitenziaria
- ✓ **Assistenza Ospedaliera.** Tale categoria oltre che per disciplina è articolata anche per regime prevedendo la rilevazione di costi e ricavi separati per attività di ricovero ordinario (suddiviso per discipline) rispetto a quello erogato in regime di DH e DS. È soggetta a separata rilevazione l'assistenza non acuta erogata agli assistiti cronici e lungodegenti.
- ✓ **Costi presidio e servizi alberghieri.** È attivato per rilevare i costi comuni delle strutture e delle direzioni di presidio, nonché dei servizi alberghieri a gestione diretta. Come già anticipato, nei paragrafi precedenti, nel caso in cui i servizi non siano gestiti direttamente il fattore produttivo sul quale è registrato il costo relativo all'appalto/esternalizzazione deve essere rilevato direttamente sui cdc utilizzatori;
- ✓ **Servizi Amministrativi e Costi generali** (direzione generale, gestione del personale, costi comuni, ecc.);
- ✓ **Attività di ricerca**, rileva costi e ricavi dell'attività di ricerca corrente e finalizzata, finanziata con qualsiasi tipo di fonte (contributi da pubblico, privato, Regione, MdS, MIUR, etc...)

Ciascuna categoria viene articolata in centri di costo standard sulla base dell'unità di offerta minima di riferimento; quindi, il piano dei cdc standard ha un dettaglio che potrebbe essere superiore all'organizzazione aziendale per Unità Operative, in quanto l'oggetto di indagine potrebbe essere un centro di costo specifico, anche alla luce di una corretta articolazione per livelli di assistenza, e non il centro di responsabilità o l'UO.

Si sottolinea l'importanza di riuscire a correlare i centri di costo locali e le diverse tipologie di attività attive in azienda al giusto cdc\_std regionale, ciò al fine di utilizzare un linguaggio comune grazie al quale garantire confronti omogenei a livello regionale.

### **3.2.2 Specificità di alcuni centri/attività**

Di seguito come in un glossario vengono esplicitate le specificità di alcune attività di modo che sia possibile individuare a quale cdc\_std correlare i costi e i ricavi relativi alle stesse. Tali attività sono elencate in ordine alfabetico.

**Assistenza penitenziaria (2200100)** = afferisce al livello territoriale e deve essere correlata alla Cudes fittizia territoriale. Accoglie tutti i costi sostenuti per assicurare servizi sanitari presso le carceri, incluse le

prestazioni rendicontate in psiche e/o afferenti a progetti innovativi, nonché i costi relativi agli eventuali servizi delle dipendenze presso il carcere. Rileva anche i costi ed i ricavi del File F relativo ai carcerati e va verificato che il costo sostenuto sia pari al ricavo attribuito. Il centro di costo 2200100 raccoglie anche i costi interni per l'esecuzione di esami diagnostici eventualmente erogati da servizi ospedalieri per pazienti detenuti non ricovarti. Fa eccezione il reparto ospedaliero di medicina penitenziaria (Ospedale San Paolo Milano) che va rendicontato tra i reparti ospedalieri.

**Attività a supporto dei trapianti e della donazione di cellule riproduttive (3070100)** = tale cdc deve essere alimentato con i costi sostenuti a livello di presidio per le attività di supporto ai trapianti (coordinamento delle attività, prelievo, trasporto, etc.) e alla donazione di cellule (prelievo, conservazione e distribuzione), compresa la gestione delle banche (dell'occhio, dell'osso, etc.) e dei registri donatori. Il costo del prelievo deve essere rilevato su questo cdc dall'ente a cui afferisce l'equipe di prelevatori (centro trapianti). Nel caso in cui il personale che ha effettuato l'espianto sia il personale del reparto che effettua poi l'impianto allora anche il costo dell'espianto può rimanere sul reparto di ricovero del paziente.

A questo centro di costo, per gli enti che effettuano l'espianto, deve essere attribuita quota parte dei costi delle sale operatorie utilizzate per questa pratica; il costo della sala operatoria per l'impianto deve essere invece attribuito al cdc\_std di dimissione del paziente trapiantato.

**Assistenza integrativa e protesica** = l'assetto dei cdc\_std rispecchia i livelli del nuovo modello LA (D.M. 24/05/2019):

Tabella 9: Centri di costo relativi all'assistenza integrativa e protesica

CDC_STD	DESCRIZIONE	LIVELLO LA	FLUSSO ALIMENTANTE	NOTE
2051110	Assistenza integrativa: presidi per diabetici e malattie rare	2F111	DIABET*	È compresa la fornitura di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare nei limiti e con le modalità di cui all'articolo 13 del DPCM LEA
2051120	Assistenza integrativa: dietetica	2F112	DIETET	È compresa la fornitura di prodotti destinati a un'alimentazione particolare nei limiti e con le modalità di cui agli articoli 11, 12, 13 e 14 del DPCM LEA, compresi: prodotti alimentari senza glutine per le persone affette da morbo celiaco, prodotti alimentari per pazienti affetti da fibrosi cistica e da patologie derivanti da errori metabolici congeniti, latte per le mamme affette da HIV, miscele nutritive enterali (per quanto riguarda la miscela di alimenti speciali), prodotti aproteici per nefropatici
2052100	Assistenza protesica monouso: distribuzione diretta e acquisto di prestazioni	2F113	PROMIN	Fornitura di dispositivi monouso ai disabili: cateteri, cannule, ausili assorbenti, sacche per stomia, medicazioni. Le modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso sono definite nell'allegato 11 del DPCM LEA
2053100	Altra assistenza protesica	2F120	PROMAG	Fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito. Gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi sono nell'allegato 5 del DPCM LEA

*\*in realtà, per come sono strutturati questi flussi ad oggi, si verifica un piccolo disallineamento rispetto ai LEA: una piccola parte del flusso dietet – identificata con la tipologia 8 e riguardante le malattie rare - se possibile va ricondotta al cdc 2051110 e al livello 2F111, comunque non viene considerato un errore significativo.*

**Casa della Comunità (4040610)** = è un presidio territoriale dove operano team multidisciplinari in grado di affrontare bisogni sanitari di bassa complessità. Contengono fisicamente il PUA (punto unico di accesso), ovvero uno sportello di prossimità dove le ASST prendono in carico la persona individuando i bisogni sociali e sanitari (punto di riferimento per la gestione dei pazienti cronici).

La gestione delle attività sanitarie della struttura dovrebbe prevalentemente essere affidata ai medici di medicina generale in associazione e, in assenza di questi, alla continuità assistenziale. È previsto però presso la struttura anche la presenza di medici specialisti e che siano attivi tutta una serie di servizi già in carico alle ASST: l'ADI, gli infermieri di famiglia, le UCAM (i team di valutazione multidisciplinare), gli sportelli che afferiscono all'attività delle cure primarie (sportello scelta/revoca, la protesica, le esenzioni), le UCA.

Possono condividere gli spazi fisici con altre strutture d'offerta già codificate con un loro specifico codice struttura (poliambulatori territoriali, consultori, centri vaccinazione, sedi territoriali della NPI ...) oppure ospitarle senza che vi sia una specifica Cudes attiva.

Le informazioni di costo e ricavo vanno però distinte e non sovrapposte in contabilità analitica rispetto alla natura delle attività erogate nell'ambito della casa di comunità.

La Casa della Comunità va quindi identificata a livello di **struttura** e considerata come un contenitore (alla stregua del presidio ospedaliero per le Cudes sts intra), alla quale collegare tutti i **cdc\_std specifici** dei servizi offerti al suo interno e sprovvisti di Cudes specifica.

Il nuovo **cdc\_std Casa della Comunità** (cod 4040610) è destinato a contenere i costi comuni di presidio che non trovano diretta imputazione sui cdc\_std dei servizi attivati nella stessa (personale di direzione/coordinamento, utenze, servizi alberghieri etc....) ma può essere anche utilizzato per rilevare costi di altri servizi di minore consistenza per cui non esiste un cdc\_std specifico (anche per evitare una eccessiva frammentazione dei costi).

Il modello di rilevazione dei costi e dei ricavi delle linee di attività tipiche fa, quindi, prevalere la logica di rilevazione degli stessi sui cdc\_std tradizionali piuttosto che sul cdc\_std dei costi comuni della Casa di Comunità (cod 4040610). Quindi la logica da seguire è la seguente:

- Laddove l'attività abbia rilevanza in termini di volumi e consistenza in termini di costi, deve essere attivato un cdc\_locale e lo stesso deve essere correlato al cdc\_std dell'attività tipica (consultorio, adi, poliambulatorio, sportello di scelta e revoca, sportello multifunzionale etc...)
- Laddove l'attività non abbia rilevanza in termini di volumi e consistenza in termini di costi tale da attivare uno specifico cdc\_locale, allora questi costi possono essere rilevati su un cdc\_locale di tipo comune che può essere correlato al cdc\_std dei costi comuni della casa di comunità (4040610). Medesima considerazione vale per quei FP che, per scarsa dimensione, risulterebbero troppo parcellizzati<sup>17</sup> nell'attribuzione ai differenti cdc\_std per i quali garantiscono attività; quindi, ad

---

<sup>17</sup> Per gli infermieri di famiglia, se in dimensione adeguata ad individuarne il costo sulle varie linee di attività, è preferibile agire in tal senso piuttosto che caricarli sul cdc\_std dei costi comuni della casa di comunità; quindi, laddove sia individuabile in modo univoco ed economico l'attribuzione del costo degli Infermieri di Famiglia al cdc\_std dell'attività erogata è preferibile agire in tal senso piuttosto che rilevarne il costo sul cdc\_std dei costi comuni della Casa di Comunità.

esempio, costi e ricavi degli infermieri di famiglia che lavorano su linee di attività differenti (ADI, Valutazione, UCA, etc...) possono essere attribuiti al cdc\_std 4040610 e quindi successivamente ribaltati sulle linee di attività presenti nella Casa di Comunità

Per quanto riguarda invece la scelta della Cudes valgono i seguenti criteri:

- laddove il servizio abbia una sua Cudes specifica deve essere utilizzata questa e non quella della Casa di comunità, che deve essere utilizzata solo ed esclusivamente per i cdc\_std della attività erogate al suo interno che non abbiano una loro Cudes già attiva.
- Laddove il servizio non abbia una Cudes specifica oppure la Cudes sia localizzata presso un luogo differente, ma il personale della stessa agisca nell'ambito della casa di comunità per l'erogazione di un servizio (si pensi ad esempio ad un poliambulatorio intra ospedaliero e/o extra ospedaliero che invia il proprio personale presso la casa di comunità per erogare attività ambulatoriale di primo o secondo livello), deve essere utilizzata la Cudes della Casa di Comunità e per individuare l'attività a questa Cudes deve essere associato il cdc\_std locale che individua la specifica attività (nel caso in esempio cdc\_std 2061100)

Per poter aggregare nel flusso coan le informazioni relative ai servizi effettivamente erogati nella casa di comunità, quando vengono utilizzate Cudes diverse, viene attivata una nuova **tabella di anagrafica** che associ alla Cudes della Casa della Comunità le Cudes di tutte le attività effettivamente erogate nell'ambito della stessa, solo ed esclusivamente laddove la sede fisica coincida<sup>18</sup>. In tale tabella dovranno anche essere rilevate tutte le strutture STS intra ospedaliere con riferimento al presidio HSP di riferimento.

Il ribaltamento del cdc\_std 4040610 deve avvenire, laddove i costi qui registrati riguardino tutti i servizi attivati sulla struttura anche se rendicontati con Cudes differente, sia sui cdc\_std collegati alla Cudes della casa di comunità, sia sui cdc\_std che sono collegati a Cudes diverse, ma intra casa della comunità.

**Centrale Operativa Territoriale (COT) (2020320)** = rileva i costi<sup>19</sup> associati al coordinamento dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e tutte le attività di telemedicina e medicina digitale: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio.

**Centri di riferimento regionale e banche finanziati solo a funzione (3070200)** = alcuni centri di costo non hanno una classificazione standard, dato che sono centri di costo altamente specializzati (CRR o centri di riferimento regionale) interessati singolarmente da un sistema di finanziamento a funzione che integra o sostituisce il sistema tariffario. Poiché la rilevazione del costo sostenuto in questi centri è certificata dal flusso di contabilità analitica regionale, si richiede l'attivazione di un cdc locale per ciascun centro specifico attivato, correlando lo stesso al presidio presso il quale è attivo, così da poter identificare in modo univoco i valori di costo riferiti a queste attività specifiche. Per evitare di ricorrere al centro di costo locale per la

---

<sup>18</sup> La tabella deve essere popolata nel caso in cui l'indirizzo del poliambulatorio coincida con quello della casa della comunità per indicare che tale attività si svolge all'interno della casa della comunità stessa, visto che, in questo caso il cdc\_std 2061100 sarà collegato alla Cudes del poliambulatorio e non a quello della casa della comunità; non dovrà essere popolato nel caso in cui l'attività ambulatoriale sia erogata nella casa della comunità ma rendicontata con una Cudes che ha sede differente (ad esempio poliambulatorio intra ospedaliero o extra ospedaliero ma collocato in un differente indirizzo), in quanto in questo caso è evidente che la casa di comunità eroga attività ambulatoriale in quanto si evince dal codice del cdc\_std 2061100 direttamente collegato alla sua Cudes.

<sup>19</sup> Al momento della stesura delle Linee Guida per la COT non è prevista alcuna forma di ricavo e quindi su tale cdc\_std si rilevano solo i costi; qualora in futuro venisse attivato un sistema di finanziamento a prestazione e/o a funzione sulla COT potranno essere rilevati anche i ricavi diretti.

specifica individuazione del centro di riferimento, deve utilizzarsi la sequenza locale come codice identificativo; al cdc\_std 3070200 dovrà, quindi, essere appostata la sequenza locale codificata nella tabella seguente, sulla base di quelli che sono i centri di riferimento regionali finanziati a funzione. Tale centro di costo è abilitato anche per le ATS dal momento che anche loro hanno finanziamenti a funzione per centri di riferimento regionali.

Tabella 10: Sequenze Locali CRR

Seq. Loc.	Centro di riferimento regionale
01	ANTIVELENI
02	CENTRO REGIONALE DISTURBI ALIMENTARI
03	CENTRO REGIONALE TUBERCOLOSI
04	CRE - CENTRO REGIONALE EPILESSIA
05	CR PSICOSI INFANTILE
06	CR DIAGNOSI CURA CEFALEE
07	CR MALATTIE NEURO MUSCOLARI
08	CR OMS EBOLA
09	CENTRO PER LA SICUREZZA DEGLI ANTIPARASSITARI
10	PRONTO SOCCORSO CASI VIOLENZA
11	ATT. EPIDEMIOLOG. RISCHI AMBIENTALI
12	REGISTRO TUMORI DELLA LOMBARDIA
13	CR QUALITÀ DEI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO
14	BANCA DELLE CORNEE
15	BANCA EMOCOMPONENTI DI GRUPPI RARI
16	CENTRO RACCOLTA E CONSERV. OMOINNESTI
17	CENTRO RACCOLTA E CONSERV. CELLULE STAMINALI PERIFERICHE
18	CENTRO RACCOLTA E CONSERV. SANGUE DA CORDONE OMBELICALE
19	CENTRO COLTURA EPIDERMIDE UMANA E CRIOCONSERV. TESSUTI
20	CENTRO REGIONALE PRELIEVO E TRAPIANTO ORGANI E TESSUTI
21	BANCA DELL'OSSO

Per eventuali scambi di prestazioni interne fornite da alcuni dei centri regionali di riferimento (quali ad esempio la banca dell'osso che eroga anche prestazioni per interni), sono stati attivati i fattori produttivi figurativi di erogazione/consumo di prestazioni da utilizzarsi solo quando effettivamente necessario.

**Centro trasfusionale** = esso è usualmente integrato in un'unica unità operativa che comprende sia il servizio di raccolta - e, eventualmente, il centro di lavorazione (CLV) - del sangue sia un laboratorio di immunoematologia. Per avere corretta evidenza dei costi di ciascun segmento di attività è opportuno separare le tre attività rilevandole in appositi cdc, ed è quindi indispensabile che a livello locale vengano attivati cdc locali per rilevare in modo separato: la raccolta, la lavorazione, il laboratorio. Data la complessità dell'argomento, se ne rinvia la trattazione all'*Allegato 1: Il servizio trasfusionale*.

**Corsi di laurea delle professioni sanitarie (5000521)** = si rilevano i costi sostenuti dalle aziende per la gestione delle fasi di tirocinio pratico per gli iscritti ai corsi laurea delle professioni sanitarie (ovviamente sulla base delle convenzioni definite con una Università). Si rilevano quindi le spese sostenute per il tutoraggio, per la gestione amministrativa e didattica del corso e per l'accoglienza offerta (pasti, camici,

supporti identificativi). Rileva anche eventuali costi per convenzioni tra aziende per l'esecuzione dei tirocini fuori sede. Verranno quindi attribuiti in proporzione anche quote dei servizi generali dell'Azienda.

**Chirurgia Ambulatoriale (2062\*)** = l'attività di chirurgia ambulatoriale deve essere tutta ricondotta ai cdc\_std di questa sezione, e questo a prescindere dal fatto che la stessa sia rendicontata come prestazione BIC e/o come prestazioni ambulatoriale non classificata come tale. Vanno quindi qui ricondotte tutte le prestazioni ambulatoriali per l'erogazione delle quali è necessaria la sala operatoria utilizzando il cdc\_std più adeguato rispetto alla disciplina specifica<sup>20</sup>. Oltre ai costi diretti di funzionamento, rilevati sui singoli fattori produttivi per natura<sup>21</sup> (nel caso del personale che si trovi caricato sul reparto per disciplina l'indicazione è quella di utilizzare i Fp\_std del personale prestato), occorre rilevare anche i costi figurativi per i servizi diagnostici e di supporto che vengono utilizzati per l'erogazione delle prestazioni specifiche (laboratorio, radiologia, sala operatoria, sterilizzazione etc.)

**Cucina e mensa (4040400)** = il cdc deve essere attivato solo nel caso di residui di gestioni dirette e rileva tutti i costi di produzione dei pasti e di gestione dei locali (personale, beni, servizi, utenze, manutenzioni, etc.). Il totale dei costi viene in seguito ribaltato sui cdc utilizzatori: i pasti erogati ai degenti vengono ribaltati sui reparti (in base al driver descritto nel paragrafo "*I driver di ribaltamento per i costi rilevati su cdc di supporto e intermedi*" - pasti o gg degenza), quelli erogati al personale vengono ribaltati sui costi comuni del personale. Viceversa, nel caso in cui il servizio sia stato dato in appalto, il costo da bilancio deve essere attribuito direttamente ai cdc utilizzatori (reparti o costi comuni). Laddove il personale in precedenza preposto alla mensa sia stato comandato presso l'Azienda fornitrice, il costo e il relativo ricavo devono essere rilevati sulle lunghe assenze e, laddove il servizio sia stato dato in appalto ma residui ancora del personale dipendente che vi si dedica (ad esempio, per il servizio di distribuzione), il costo di tale personale va rilevato negli altri servizi alberghieri. I costi vanno ribaltati sui reparti al netto dell'eventuale introito per "buoni pasto" rilasciati ad utenti esterni (specializzandi, consulenti, etc.).

**D.A.M.A.** laddove il progetto DAMA è stato attivato si possono distinguere due fattispecie: è stato attivato un cdc\_locale per rilevare i costi dell'equipe oppure non è stato attivato un cdc in quanto l'equipe non è strutturata ma trattasi di personale che lavora parzialmente per questo progetto e quindi il costo del personale afferisce al cdc presso il quale lavora abitualmente. Per individuare a quale cdc\_std correlare il centro di costo locale è opportuno seguire la logica della prevalenza dell'attività erogata nei confronti dei disabili. Si ricorda che il progetto DAMA nasce con l'obiettivo di strutturare un'equipe altamente specializzata nel trattare pazienti disabili quando gli stessi devono essere ricoverati in un reparto ospedaliero che non è in grado di affrontare in modo strutturato tutte le problematiche legate alla gestione di questo tipo di pazienti in regime di ricovero. In questo caso il cdc\_locale deve essere correlato al cdc\_std del reparto di ricovero per il quale opera in modo continuativo. Nel corso del tempo il progetto è virato però dall'assistenza all'attività di ricovero verso l'assistenza all'attività specialistico ambulatoriale; in questo caso si suggerisce di correlare il cdc\_locale al cdc\_std 2086100 Attività ambulatoriale disabili.

**DH/DS** = i cdc standard relativi al day hospital/day surgery devono essere utilizzati solo dalle Aziende che rendicontano l'attività con i codici 02/98 nel flusso SDO; nel caso in cui le prestazioni in regime 2 vengano rendicontate con i codici specifici di disciplina, i costi e i ricavi devono essere rilevati sui cdc\_std della disciplina specifica.

---

<sup>20</sup> Nel caso la disciplina non sia una di quelle specificatamente individuate utilizzare il cdc\_std 2062100

<sup>21</sup> Nel caso in cui non si rilevi su questi cdc\_std costi diretti è previsto un parallelo svuotamento conto su conto dei costi attribuiti al reparto

**Dialisi (2061204)** = usualmente questo servizio è integrato ad un reparto di nefrologia in un'unica unità operativa, tuttavia, occorre separare il reparto di nefrologia dal servizio di dialisi in quanto i due centri di costo hanno organizzazione, tipologie di attività e struttura di costi completamente differenti. A questo cdc\_std vanno ricondotti anche i costi dei CAL. Il costo del trasporto dializzati ceduto in appalto deve essere rilevato con l'apposito fp\_std su questo cdc\_std, così come i contributi riconosciuti ai pazienti per rimborsi km. Il costo di un eventuale servizio di trasporto gestito ancora direttamente deve essere rilevato sul cdc\_std dei trasporti e poi ribaltato con i Fp\_std figurativi in base all'effettivo utilizzo. Il costo del trasporto pazienti dializzati effettuato per altri erogatori dev'essere rendicontato sulla Cudes del centro dialisi principale dell'azienda.

**Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS) (5000523)** = rileva solo i costi del personale che lavora per il servizio e non i costi di eventuale personale infermieristico che viene gestito per le supplenze, che confluisce nel pool di sostituzione. Sarebbe meglio che il cdc\_std accogliesse solo costi del personale in quanto gli altri costi dovrebbero confluire nel cdc\_std dei costi comuni di presidio.

**Direzione di Presidio e costi comuni (4040600)** = raccoglie i costi comuni di presidio e delle direzioni (medica e amministrativa, se esistente), nonché eventuali costi residuali rispetto a quanto già allocato direttamente sui cdc che afferiscono al presidio. La logica è quella di allocare direttamente ai cdc utilizzatori tutti i costi (utenze, servizi alberghieri, etc.) e di rilevare sui costi comuni solo consumi residuali per i quali non esistano criteri oggettivi di attribuzione agli utilizzatori (affitto, manutenzione facciate e spazi comuni, ammortamenti stabile e impianti, etc.). Su questo cdc\_std non devono essere registrati ricavi di natura comune dal momento che con nuovo sistema di valorizzazione delle funzioni per ciascuna è sempre individuabile l'effettivo cdc\_std di pertinenza. I residui di gestione diretta possono essere imputati nei costi comuni di presidio, così come eventuali costi della camera mortuaria servizio necroscopico (ad eccezione ovviamente delle attività della medicina legale che vanno ricondotte allo specifico cdc\_std). I costi di eventuale personale manutentore residuante dalle ex gestioni dirette devono essere rilevati sul cdc Manutenzione (che non viene ribaltato), mentre i costi delle manutenzioni esternalizzate come precedentemente indicato devono essere riallocati sugli utilizzatori finali.

**Direzione e costi comuni di distretto (2210700)** = in analogia con il cdc\_std 4040600 raccoglie i costi comuni del distretto e il costo della direzione di distretto. La logica è quella di allocare direttamente ai cdc utilizzatori tutti i costi possibili e di rilevare sui costi comuni solo i costi relativi all'immobile e i consumi residuali per i quali non esistano criteri oggettivi di attribuzione agli utilizzatori. In analogia con la direzione di presidio anche per i costi rilevati su questo cdc\_std deve prevedersi il ribaltamento, attraverso gli appositi FP\_std, dei costi sugli utilizzatori finali. In assenza di driver specifici utilizzare il criterio delle teste equivalenti.

**ECMO** = non è attivo uno specifico cdc\_std per la rilevazione sistematica dei costi collegati all'utilizzo di questa apparecchiatura ma il servizio controllo di gestione deve raccogliere extra contabilmente i costi sostenuti per il funzionamento di questa tecnologia (ossigenazione extracorporea a membrana), distinguendoli da quelli della Unità di Terapia Intensiva in cui sono generalmente rilevati. Tale rilevazione, extra flusso, è stata introdotta per definire il costo a giornata dei trattamenti e dei trasporti assistiti, per cui esiste un finanziamento a funzione. I costi principali da rilevare sono i costi dell'equipe (anestesisti, infermieri, perfusionisti) ed i costi dei materiali consumati per il funzionamento dei circuiti della macchina; per i centri di secondo livello sono da rilevarsi anche le risorse impiegate nel trasporto di pazienti presso altri centri. Oltre a rilevare i costi, è opportuno rilevare, sempre extra flusso, il numero di casi, il tipo di incannulazione (veno-arteriosa o veno-venosa), il numero di giornate di assistenza in ECMO ed il numero di

trasporti assistiti. I dati di questa rilevazione vengono richiesti annualmente nell'istruttoria delle Funzioni Non Tariffate.

**Emodinamica (3050205)** = in alcuni ospedali essa costituisce un servizio indipendente, in altri l'attività è ricompresa all'interno della cardiologia: è comunque indispensabile, trattandosi di un costo di attività specifica che venga attivato un cdc locale in tutte le realtà in cui il servizio di emodinamica è attivo e che tale cdc locale sia correlato allo std regionale. Laddove esiste un 'dipartimento del cuore' completo di cardiocirurgia, l'emodinamica eroga le proprie prestazioni sia in favore di pazienti dimessi dalla cardiologia che dimessi dalla cardiocirurgia. Su tale cdc, in analogia con quanto avviene già con le sale operatorie, non devono essere rilevati i costi delle protesi (stent, defibrillatori, pacemaker, etc.), che devono essere attribuiti direttamente al reparto di ricovero. Dal momento che ad oggi non tutte le strutture sono nelle condizioni di attribuire i costi delle protesi direttamente al reparto dimettente, in una prima fase non verranno impostati blocchi di caricamento di questi FP\_std; per il futuro è però opportuno che l'ente aggiorni le sue anagrafiche per gestire extra-contabilmente, attraverso l'utilizzo del flusso sdo4, la protesi impiantata trasferendo il costo della stessa sul reparto di dimissione, così come indicato nel flusso gestionale che lega la protesi al paziente, alla sua cartella clinica e conseguentemente al suo reparto di dimissione. Il costo complessivo del servizio<sup>22</sup> va ribaltato sui reparti che dimettono il paziente sottoposto ad un intervento di emodinamica. Solo in rari casi tale servizio eroga prestazioni a reparti diversi dalla cardiologia (quali ad esempio la cardiocirurgia), ma per la significatività dei costi connessi all'attività di emodinamica, si ritiene opportuno provvedere a separare tale attività dal reparto a cui afferisce, per poi attribuire al reparto medesimo il costo relativo alle prestazioni effettivamente erogate. Questo anche al fine di avere il costo dei reparti di cardiologia al netto dei costi dell'emodinamica e garantire quindi una confrontabilità degli stessi a livello regionale quando su questo reparto vengono attivati gli indicatori di performances di cui si tratterà nel proseguo delle presenti linee guida.

**Farmacia Ospedaliera e Territoriale (3080100)** = include sia la gestione del magazzino che del laboratorio farmaceutico e deve necessariamente essere imputata ad una struttura di tipo ospedaliero (corrispondente ad un codice HSP11), a meno che non trattasi di un cdc locale riferito ad un servizio di farmacia esclusivamente territoriale (per la quale utilizzare la Cudes fittizia territoriale). Non devono essere rilevati sulla farmacia i costi dei consumi sanitari se non in modo residuale (produzioni galeniche) e relativamente al costo dei farmaci scaduti e non deve essere rilevato alcun costo e/o ricavo relativo al File F.

**File F** = si rilevano attraverso specifici fattori produttivi i consumi e i ricavi relativi ai farmaci soggetti a rimborso nel flusso regionale file F<sup>23</sup> sui centri di costo standard prescrittori e/o erogatori di tale tipologia di attività. Rispetto alle precedenti linee guida, quindi, attraverso gli specifici fp di ricavo e di costo è possibile ricondurre tale attività ai cdc\_std ordinari dell'aggregato Ricovero 3022\* e/o specialistica ambulatoriale (2061\* e 2063\*). Rimane comunque attivo il cdc\_std 2043100 per rilevare:

---

<sup>22</sup> Che in futuro si intende al netto del costo delle protesi

<sup>23</sup> In riferimento alla nota prot. n. G1.2021.0063469 del 10/11/2021, si riportano di seguito le regole di alimentazione dei flussi Ministeriali DD e CO:

- Il flusso DD viene alimentato con tutte le erogazioni rendicontate in File F relative alle tipologie classificate come DD, ovvero le tipologie 1, 4, 6 (comprensivo di ex 6C, 9, 11, 20) e 12.
- Il flusso CO viene alimentato con tutte le erogazioni rendicontate in File F relative alle tipologie classificate come CO, ovvero le tipologie 2, 3, 4, 5, 8, 14.
- Il flusso INNOVATIVI viene alimentato con tutte le erogazioni rendicontate in File F relative alle tipologie classificate come IN, ovvero le tipologie 30 e 40.

Si condividerà il dettaglio delle modalità di erogazione dei Farmaci innovativi per principio attivo

- le erogazioni dirette, tipicamente gestite dalla farmacia ospedaliera e/o da specifico sportello aziendale,
- i farmaci innovativi ceduti alle strutture private,
- la funzione,
- i consumi da parte delle ATS.

Ai cdc\_std sui quali sono stati registrati consumi di File F sono riconducibili i costi derivanti dal ribaltamento dell'UMACA/UFA. Sui centri di costo deve essere rilevato il rimborso lordo ricevuto da Regione, mentre l'abbattimento dovrà essere registrato sul centro di quadratura (999\*)<sup>24</sup>.

Tabella 11: File F e relative associazioni

TIPOLOGIA (compresi biosimilari)		Distribuzione/ Somministrazioni	Fattori Produttivi	MOD LA
1	FARMACI DI FASCIA H PER USO DOMICILIARE	DD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040130-406040140</li> <li>• 701010060-701010130-701020030-701020070-703040200-703040210-701010220-701010230</li> </ul>	2E130
2	FARMACI SOMMINISTRATI A LIVELLO AMBULATORIALE	CO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040030-406040080-406040300</li> <li>• 701010010-703040110-703040050-703040060</li> </ul>	2G114
3	FARMACI UTILIZZATI SECONDO LA LEGGE 648	CO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040030-406040080-406040300</li> <li>• 701010010-703040110-703040050-703040060</li> </ul>	2G114
4	TERAPIE IPOSENSIBILIZZANTI SENZA AIC	DD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040130-406040140</li> <li>• 701010060-701010130-701020030-701020070-703040200-703040210-701010220-701010230</li> </ul>	3B140
5	FARMACI ONCOLOGICI SOMMINISTRATI IN MAC 01	CO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040030-406040080-406040300</li> <li>• 701010010-703040110-703040050-703040060</li> </ul>	2G114
6/6c/11/20	FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA	DD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040130-406040140</li> <li>• 701010060-701010130-701020030-701020070-703040200-703040210-701010220-701010230</li> </ul>	2E130; 2E121
8	FARMACI SOMMINISTRATI A STRANIERI CON CODICE INDIVIDUALE STP	CO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040030-406040080-406040300</li> <li>• 701010010-703040110-703040050-703040060</li> </ul>	3B140
9	FARMACI NON IN COMMERCIO IN ITALIA - ESTERI	DD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040130-406040140</li> <li>• 701010060-701010130-701020030-701020070-703040200-703040210-701010220-701010230</li> </ul>	2E130
12	FARMACI DISTRIBUITI DAGLI ISTITUTI PENITENZIARI	DD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040130-406040140</li> <li>• 701010060-701010130-701020030-701020070-703040200-703040210-701010220-701010230</li> </ul>	2E121
14	FATTORI DELLA COAGULAZIONE E FARMACI SPECIALISTICI SOMMINISTRATI IN	CO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 406040030-406040080-406040300</li> <li>• 701010010-703040110-703040050-703040060</li> </ul>	3B140

<sup>24</sup> Attenzione a non confondere l'abbattimento con le note di credito: il valore lordo da abbattere è calcolato come sommatoria di tutte le tipologie di file F, comprese quelle che per loro natura diminuiscono il costo. Le note di credito relative all'acquisto di farmaci file F hanno apposito fattore produttivo con valori <0 ammessi se diminuiscono il costo dell'esercizio, altrimenti occorre utilizzare il fattore produttivo delle sopravvenienze; entrambi devono essere registrati sul centro file F. Anche per i ricavi occorre registrare il valore lordo comprensivo delle tipologie che diminuiscono il rimborso: esse decrementano il fattore produttivo "File F Altro" e l'abbattimento è sul totale del fattore produttivo (da registrare sul cdc di quadratura).

TIPOLOGIA (compresi biosimilari)	Distribuzione/ Somministrazioni	Fattori Produttivi	MOD LA	
	DEGENZA			
15	RISK SHARING E QUANTO PREVISTO DA NOTA G1.2019.0001445 DEL 14.01.2019 E SUCCESSIVI AGGIORNAMENTI	NC	• 701010160	2E130
30	FARMACI INNOVATIVI ONCOLOGICI	IN	• 406040200 • 701010200	2E130; 2E121; 3B140
31	MEAS E ACCORDI FARMACI INNOVATIVI ONCOLOGICI	NC	• 406040220 • 701010210	2E130; 2E121; 3B140
40	FARMACI INNOVATIVI NON ONCOLOGICI DI CUI AL FONDO NAZIONALE	IN	• 406040200 • 701010200	2E130; 2E121; 3B140
41 <sup>25</sup>	MEAS E ACCORDI FARMACI INNOVATIVI NON ONCOLOGICI	NC	• 406040220 • 701010210	2E130; 2E121; 3B140

**Legenda:**

- DD: distribuzione diretta
- CO: consumo ospedaliero
- IN: innovativi
- NC: note di credito

Per la rilevazione dell'acquisto di prestazione da pubblico e da privato da parte delle ATS deve essere usato il cdc\_std 2043100.

**Igiene e sanità pubblica, Salute - ambiente (IP-SA 1010120):** assicura l'attività di prevenzione sia collettiva sia dei singoli e di tutela della salute della popolazione, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia a seguito di esposizione a rischi ambientali, siti contaminati, aree dismesse, reach, amianto ecc... All'interno delle sue competenze si colloca l'attenzione al particolare rapporto tra ambiente e salute, sia nell'ottica di una tutela della salute e contenimento di possibili ricadute di eventi negativi/nocivi sia in relazione al contributo proprio dell'area igienistica, alla costruzione di un ambiente che favorisca positive ricadute sulla salute dei cittadini. Nelle competenze di questo cdc\_std rientrano quindi le attività di: igiene su ambienti di vita confinati; sicurezza domestica; autorizzazione al funzionamento di: strutture collettive, strutture sanitarie e sociosanitarie; igiene dell'abitato, suolo e del territorio; controllo degli animali infestanti; urbanistica.

**Laboratorio analisi** = comprende le diverse tipologie di settori normalmente presenti all'interno dei laboratori. Rientrano in questo raggruppamento anche settori di laboratorio organizzati in modo autonomo, quali, in particolare, i laboratori di microbiologia. Resta, invece, esclusa l'attività del laboratorio

<sup>25</sup>**NB:** le tipologie 30 e 40 sono rendicontate sia dalle strutture pubbliche che dalle strutture private sulla base dei rispettivi consumi, mentre l'inserimento degli importi di cui alle tipologie 31 e 41 saranno rendicontate solo dalle strutture pubbliche quando riceveranno le (eventuali) note di credito. Il flusso file F viene valorizzato dalla struttura che eroga al paziente (quindi il ricavo nel bilancio delle ASST è maggiore del file F rendicontato in Regione), però nell'invio al Ministero viene valorizzato l'ente che ha effettivamente acquistato il farmaco e deve avere il rimborso (NSIS consente di avere la struttura erogatrice diversa dall'ente).

di medicina trasfusionale (che rendiconta in 28/san con il codice 18 - ematologia) per il quale è previsto un apposito cdc (2061209). In presenza di un modello hub-spoke sono possibili due tipologie di laboratorio<sup>26</sup>:

- l'hub (2061208), che effettua prestazioni verso pazienti esterni (con ricavo 28/san) e verso i ricoverati (con ricavo figurativo) e che in aggiunta lavora campioni provenienti da altri laboratori spoke o punti prelievo che effettuano il prelievo (e che registrano il corrispondente ricavo 28/san)
- lo spoke (2061228) che effettua in house una parte delle lavorazioni e si appoggia all'hub per le altre.

Le ATS per la rilevazione dei costi relativi all'acquisto di prestazioni da pubblico e da privato utilizzano il cdc\_std 2061208.

In presenza di un modello polo-antenna, entrambi i laboratori effettuano lavorazioni consistenti; perciò, la classificazione in hub o spoke non è evidente. Poiché l'esigenza è poter fare confronti e benchmark solo tra Hub (grandi o medi), escludendo dall'analisi dei costi i punti prelievo e piccoli laboratori locali (usati spesso solo da interni e PS), i quali, per quanto possano avere linee produttive autonome, hanno costi poco rappresentativi e poco confrontabili con i precedenti, si individuano i seguenti criteri di classificazione:

- se la divisione è strutturale (per esempio uno produce tutta l'immunoematologia, l'altro tutta la chimica clinica) siamo in presenza di due hub
- se lo scambio è non proporzionato il laboratorio "maggiore" è hub e l'altro spoke
- se c'è scambio reciproco piccolo ma consistente acquisto di servizi siamo in presenza di due spoke

Tra *hub* e *spoke* lo scambio di prestazioni deve essere rilevato su appositi fattori produttivi di ricavo e costo figurativo.

*Si precisa che il meccanismo di rilevazione degli scambi di prestazioni tra punti prelievo/laboratori spoke e laboratori ospedalieri Hub dovrà essere alimentato a prescindere dalla presenza cdc standard laboratorio. Quindi, nei punti prelievo privi di linee di laboratorio (poliambulatorio extra-ospedaliero o centro prelievi del poliambulatorio ospedaliero, nei quali non viene svolta neppure attività spoke), il costo dell'attività di prelievo dovrà essere ricondotto al cdc\_std del poliambulatorio attività clinica, così come il ricavo delle ricette relative ad esami di laboratorio e il costo figurativo delle lavorazioni pari all'ammontare complessivo della ricetta.*

**Attenzione**, non sempre occorre utilizzare il meccanismo di trasferimento hub-spoke: se il poliambulatorio riceve un ricavo per la prestazione diagnostica sicuramente si deve utilizzare il meccanismo hub-spoke per trasferirlo su chi realmente rende la prestazione, ma se il ricavo è quello della visita (e, quindi, la prestazione diagnostica non viene remunerata) occorre utilizzare il meccanismo interni-esterni, sia nella tab conto economico che in quella interpresidio.

Per maggiori indicazioni si rimanda all'Allegato 2: *La rete dei laboratori analisi*.

**Libera professione (5000525)** = rilevano i costi e i ricavi per l'attività in libera professione, ovunque svolta e per qualsiasi prestazione (ricovero e ambulatoriale), così da poter disporre di un bilancio complessivo di tale attività e da poter espungere dai reparti il costo per prestazioni estranee all'attività istituzionale e/o di

<sup>26</sup> Le delibere D.G.R. n. X /1185 del 20/12/2013 e n. X/2313 del 1° agosto 2014 hanno impostato un percorso di riorganizzazione della rete di offerta di prestazioni di diagnostica in vitro che ha comportato scambi di campioni tra laboratori di riferimento e laboratori della rete. La riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale pubblica nell'area dei laboratori analisi prevede, infatti, una concentrazione dell'attività produttiva in alcuni centri di grandi dimensioni (secondo il modello HUB-SPOKE), a fronte di una rendicontazione delle prestazioni nei luoghi di prelievo e consegna dei campioni, dove, però, non c'è attività produttiva.

solvenza pura (compresi i costi diretti diversi dal personale, ad esempio per beni e servizi). Gli importi rilevati sui cdc della libera professione dovrebbero essere coerenti con il bilancino allegato al bilancio, al netto del ribaltamento dei costi generali, in quanto in analitica non è più prevista una valorizzazione a costo pieno comprensiva del ribaltamento dei costi generali e dei servizi amministrativi centrali. Al fine di garantire una corretta e coerente compilazione dei due modelli Ministeriali La (costi per Livelli di Assistenza) e CP (costi e ricavi di presidio) si rende necessario attivare un cdc locale di libera professione per ciascun livello di assistenza garantito e per ciascun presidio. In tal modo, seppure a livello di piano dei cdc\_std regionali sia previsto un solo codice, la natura delle prestazioni rese potrà essere identificata dalla Cudes alla quale il cdc\_std sarà correlato, dovendo quindi utilizzare una Cudes HPS per l'attività di ricovero, una Cudes STS<sup>27</sup> per l'attività specialistica ambulatoriale e la Cudes fittizia territoriale per l'attività di prevenzione (ad esempio patenti). Si ricorda che con riferimento alla rendicontazione delle attività nel flusso SDO, dev'essere valutata anche l'attività in regime di solvenza (Onere di degenza 4) laddove sia comunque prevista dal paziente la scelta del medico e quindi la remunerazione dello stesso in regime di Libera professione. L'Onere di degenza 4, infatti, individua che è a carico del cittadino e/o della sua assicurazione tutto il costo della prestazione e non solo il costo correlato alla scelta del medico, come invece avviene per l'onere di degenza 5, e pertanto non individua in modo diretto ed esclusivo che non trattasi di attività di libera professione, dal momento che questa è relativa non all'onere di degenza, ma alla scelta del medico da parte del paziente.

**Lunghe assenze del personale (5000514)** = accoglie i costi (e gli eventuali ricavi) del personale in lunga assenza per aspettativa e/o assenze a vario titolo<sup>28</sup>. Il personale in lunga assenza (almeno 30 gg consecutivi), sia come costo che, come quantità, (numero di teste equivalenti a tempo pieno<sup>29</sup>) viene spostato dall'unità operativa di provenienza e caricato su questo centro di costo per tutto il periodo di assenza dall'attività lavorativa. Si tratta di un cdc virtuale che non deve accogliere costi di natura diversa dal personale e dall'IRAP, in particolare non deve ricevere costi ribaltati usando come driver il personale stesso (attrezzature, utenze, consumi, etc.) e non deve movimentare i fp del personale "prestato", che non hanno alcun senso su cdc di tipo virtuali.

**MAC (2063\*)** = rilevano, come strutture autonome, i costi e ricavi di erogazione di prestazioni ambulatoriali complesse; oltre ai costi diretti di funzionamento rilevati sui singoli fattori produttivi per natura<sup>30</sup> (nel caso del personale che si trovi caricato sul reparto per disciplina l'indicazione è quella di utilizzare i Fp\_std del personale prestato), occorre rilevare anche i costi figurativi per i servizi diagnostici e di supporto che vengono utilizzati per l'erogazione delle prestazioni specifiche (laboratorio, radiologia, etc.). Eventuali MAC riabilitative erogate in NPI, in quanto residuali, possono non essere scorporate dall'attività neuropsichiatrica.

**Nota bene:** *l'obiettivo è evitare che i ricavi vengano rilevati nel poliambulatorio ospedaliero e i costi restino imputati al reparto di riferimento. Il metodo corretto per la valorizzazione di tali linee di attività è la creazione di un cdc locale che*

---

<sup>27</sup> Se possibile per l'attività ambulatoriale utilizzare sia la Cudes STS intra che quella extra ospedaliera; nel caso in cui questo non sia possibile è comunque indispensabile avere almeno un cdc\_locale per la Cudes STS intra potendosi attivare un solo cdc\_locale per tutte le attività extra ospedaliere da correlare alla Cudes fittizia territoriale aziendale

<sup>28</sup> A titolo esemplificativo e non esaustivo sono da considerarsi come aspettative e/o assenze a vario titolo: maternità, maternità a rischio, lunga malattia, tutela condizioni psico-fisiche, terapia salvavita, congedo parentale, sospensione cautelare, distacco, comando, aspettativa sindacale, formazione-aggiornamento, incarichi governativi etc...

<sup>29</sup> Rilevato nel flusso FTE

<sup>30</sup> Nel caso in cui non si rilevi su questi cdc\_std costi diretti è previsto un parallelo svuotamento conto su conto dei costi attribuiti al reparto

*consenta la rilevazione dei costi diretti (consumi, personale, etc.). Laddove ciò non fosse in parte o in tutto realizzabile, occorre sviluppare un'analisi che permetta uno scorporo significativo dei costi attualmente attribuiti al reparto. Va comunque evitata un'attribuzione dei costi in misura proporzionale ai ricavi prima di tale analisi perché, per molti fattori produttivi, potrebbe non essere un driver affidabile (ad esempio, il costo del personale infermieristico o dei dispositivi).*

**Medicina Legale (1060100):** rileva i costi e i ricavi dell'attività medico legale in particolare orientata a:

- Accertamenti e attività certificativa medico legale nell'ambito della disabilità: Accertamenti medico legali per il riconoscimento della invalidità, cecità e sordità civili; Accertamenti medico legali ai fini del riconoscimento della condizione di handicap (legge n. 104/1992); Accertamenti medico legali ai fini del collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità (ex legge n. 68/1999)
- Pareri medico-legali su richiesta di pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti (incluse le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio): Attività ex legge n. 210/1992, e s.m.i.; Certificazioni in merito a riconoscimenti di benefici di legge alle persone con disabilità; Certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori; Pareri in materia di trapianti; Pareri per gli Uffici di Pubblica Tutela; Pareri medico legali in tema di responsabilità sanitaria nell'ambito delle Unità di Gestione del Rischio Clinico
- Attività di medicina necroscopica
- Attività di informazione e comunicazione: Interventi di informazione e comunicazione ai cittadini ed agli operatori sanitari su temi di bioetica, trapianti, sicurezza delle prestazioni sanitarie, e altri temi di rilevante interesse sociale e professionale

Il cdc\_std è attivo sia per ASST che per ATS.

**Medicina nucleare (senza posti letto) (2061210)** = comprende usualmente sia le prestazioni 'in vivo' che quelle 'in vitro' (RIA), in alcune realtà svolta all'interno del laboratorio di analisi; data l'evidente diversità organizzativa dei due settori (in vivo = pazienti, in vitro = provette), sarebbe opportuno provvedere ove possibile alla separazione dei due settori.

**Medicina preventiva nelle comunità (MPC malattie infettive 1010110)** = Assicura l'attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive, comprese le emergenze internazionali, secondo gli indirizzi regionali e nazionali, favorendo il raccordo con le strutture specialistiche di ricovero e cura; assicura la governance dell'attività di preparedness in tema di malattie infettive con una visione complessiva sulle modalità di sorveglianza delle attività territoriali e ospedaliere, nonché il contact tracing.

Collabora con gli erogatori all'attività di prevenzione sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (anche in occasione di focolai) e al contrasto dell'antibiotico resistenza facilitando, con un ruolo di regia, il raccordo tra i vari erogatori. Assicura la governance in merito all'offerta vaccinale, per target di popolazione, per categorie a rischio (patologia status), per la profilassi internazionale e per la vaccinazione in co-pagamento nei confronti degli erogatori (ASST, medicina di famiglia e gestori) nell'ambito del percorso di presa in carico dei pazienti cronici per il raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali. Il cdc\_std sul quale rilevare il costo di tutte queste attività è abilitato solo per le ATS. Tale cdc\_std non deve essere confuso con il cdc\_std 1050100 Medicina preventiva delle comunità: Vaccinazioni attivato per la rilevazione dei costi di erogazione dell'attività vaccinale nonché per rilevare, da parte delle ATS il costo dell'acquisto di prestazioni da pubblico e da privato.

**Medico competente (1030105):** rileva i costi dell'attività specifica del medico competente, che nello specifico:

- collabora, con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione, alla valutazione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e alla redazione del DVR (documento della valutazione dei rischi)
- collabora all'attuazione di programmi di promozione della salute
- effettua la sorveglianza sanitaria, ove necessaria, come misura di tutela della salute dei lavoratori.

Il cdc\_std deve essere attivato in tutte le aziende, dal momento che trattasi di funzione obbligatoria per legge e non deve essere confuso con l'attività delle UOOML (1030100) alle quali il medico competente potrebbe afferire.

**Ospedale di Comunità (2020300)** = rileva i costi e i ricavi relativi alla struttura sanitaria della rete territoriale che si occupa di ricoveri brevi e di pazienti con necessità di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica. Di norma dotato di venti posti letto (fino ad un massimo di 40), ha una gestione prevalentemente infermieristica. In attesa della riconversione vanno ricondotti a questo cdc\_std i POT.

**PAI** = Le sole ATS rilevano su tale cdc\_std il finanziamento dell'attività di presa in carico del paziente cronico ad opera dei MMG e i costi correlati, sia relativi al riconoscimento economico alle cooperative dell'attività di presa in carico sia relative all'erogazione di prestazioni, gestite direttamente dai MMG. Quindi sul cdc\_std devono essere movimentati esclusivamente i seguenti FP\_std:

- sul FP\_std **704060090 Altri servizi non sanitari**<sup>31</sup> il costo delle quote di remunerazione per la funzione di accompagnamento alla presa in carico enti gestori cooperative mmg/pls
- sul FP\_std **401010050 Altri contributi da Regione (FSR indistinto)**<sup>32</sup> sul la quota relativa al contributo regionale per la PIC (quota cooperative)

Nell'elaborazione del modello LA il costo di gestione riconosciuto alle cooperative deve essere attribuito al livello 1F121 e il costo delle prestazioni riconosciute ai MMG sul livello dell'assistenza sanitaria di base al livello 2A112

**Prevenzione e protezione rischi aziendale (1030400):** rileva i costi del Servizio di Prevenzione e Protezione spp che comprende un particolare gruppo di persone interne o esterne all'azienda, nominate dal Datore di lavoro, incaricate di collaborare con lo stesso per le attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali, occupandosi così anche di collaborare alla redazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR). Il servizio è coordinato da un responsabile (RSPP) le competenze del quale sono declinati dal Dlgs 81/2008.

**Procreazione medicalmente assistita (PMA) (3022237)** = comprende i costi e ricavi delle prestazioni collegate alla procreazione medicalmente assistita, sia per attività ambulatoriale che ospedaliera.

**Poliambulatorio attività clinica (2061100)** = rileva costi e ricavi delle attività ambulatoriali (erogate nel poliambulatorio centralizzato o negli ambulatori divisionali) che non siano tracciate dal piano dei cdc standard regionali con appositi codici (BIC, MAC, allergologia, cardiologia, gastroenterologia etc....) in funzione prevalentemente delle dimensioni del fatturato e dell'attività erogata. Sono escluse tutte le attività diagnostiche terapeutiche che trovano rilevazione in cdc\_std ad hoc. Rileva i costi dell'attività di mero prelievo per analisi di laboratorio. Su tale cdc devono quindi essere rilevati i costi del personale medico ed infermieristico che opera per l'attività ambulatoriale (centralizzata e/o divisionale) e che non sia costo diretto (o trasferito attraverso i Fp\_std del personale prestatore) dei cdc\_std specifici dell'attività

---

<sup>31</sup> Conto Ni 50202010110050-Altri servizi non sanitari

<sup>32</sup> conto 40101110000000-Altri contributi da Regione (FSR indistinto)

ambulatoriale e diagnostica; i costi delle utenze, dei servizi alberghieri, di eventuali affitti, etc. Il cdc rileva anche l'attività del personale specialisti ambulatoriali (SUMAI), seguendo le stesse logiche del costo del personale medico dipendente e/o garantito con forme contrattuali flessibili. Deve essere utilizzato dalle ATS per rilevare i costi di acquisto delle prestazioni da pubblico e da privato di attività clinica mentre quelle relative al laboratorio analisi, alla diagnostica per immagini e all'attività di pronto soccorso devono essere rilevati sui cdc\_std di specifica pertinenza.

**Pool centrale di sostituzione (4040517)** = rileva il costo del personale infermieristico e del comparto sanitario eventualmente destinato alle sostituzioni in emergenza del personale assente, da ricondurre agli utilizzatori in funzione delle giornate di degenza o delle ore, utilizzando gli specifici fattori produttivi di ribaltamento. Non deve accogliere consumi e/o utenze ma solo costi del personale, in quanto si tratta di un pool di persone che dipende dalla direzione del presidio, sulla quale sono già rilevati gli eventuali costi per beni e servizi.

**Pre-ricovero (3050309)**: Rileva i costi del personale dedicato all'attività di pre-ricovero mentre il costo degli eventuali accertamenti diagnostici, laddove possibile, deve essere già attribuito al successivo reparto di ricovero. Tali prestazioni per i servizi diagnostici devono comunque essere valorizzate a ricavo come prestazioni per interni e non possono rientrare nella remunerazione dell'attività specialistica ambulatoriale. Per l'attribuzione a tale cdc\_std del costo del personale medico anestesista, laddove non direttamente allocato, devono essere utilizzati i Fp\_std del personale prestato stornando il costo dello stesso dal cdc\_std della rianimazione Terapia Intensiva dove questo dovrebbe essere direttamente allocato, a meno che in azienda non sia attivo un cdc locale servizio anestesia nel quale sono registrati tutti i costi del personale anestesista. I costi relativi al pre-ricovero non devono essere ribaltati sulle Sale Operatorie, bensì direttamente sui cdc finali utilizzatori.

**Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro (PSAL 1030300)**: su questo cdc\_std attivabile solo dalle ATS si rilevano costi e ricavi dello PSAL che svolge le seguenti funzioni:

- garantire la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro, attraverso la conoscenza, la vigilanza e la sorveglianza attuata su autonoma programmazione e a seguito di segnalazioni esterne;
- conoscere i rischi presenti negli ambienti di lavoro, attraverso lo studio e l'acquisizione di informazioni sui cicli produttivi, sulle mansioni, sulle attrezzature di lavoro e sulle sostanze usate;
- svolgere attività di vigilanza e controllo nei luoghi di lavoro, circa il rispetto delle normative nazionali e comunitarie inerenti la salute e la sicurezza dei lavoratori, per la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni;
- svolgere inchieste giudiziarie a seguito di infortuni gravi sul lavoro e malattie professionali;
- attuare il coordinamento ed il controllo degli accertamenti sanitari preventivi e periodici;
- prestare assistenza e informazione alle imprese, ai coordinatori per la sicurezza, ai lavoratori e ai loro rappresentanti;
- contribuire alla formazione dei soggetti interessati all'applicazione delle norme di prevenzione;
- ricorsi avverso il giudizio del medico competente (art. 41, comma 9, D.Lgs. 81/2008).

**Promozione della salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali (PDS 1050300)** rileva i costi dei programmi di sensibilizzazione alla popolazione relativamente ai corretti stili di vita e all'educazione sanitaria. È attivato solo per le ATS.

**Pronto soccorso** = rileva i ricavi per prestazioni rese ai reparti (valorizzate secondo la logica definita nel paragrafo dei ribaltamenti), i ricavi per esterni (prestazioni erogate dal personale del PS e/o dal personale

attivato dal PS per consulenze con ricavo in 28/san valorizzato a tariffa emergenza e tipologia “P”) e tutti i costi, compresi quelli delle consulenze e delle guardie in PS (da rilevare direttamente o utilizzando i fattori produttivi di personale prestato):

- Costo del personale medico in guardia attiva (indipendentemente dalla possibile attribuzione formale a diverse e distinte unità operative dell’ospedale)
- Costo del personale medico disponibile presso altre unità operative (per le ore in cui è stata richiesta la presenza in PS)
- Costo della reperibilità del personale medico
- Costo degli infermieri in turno
- Il consumo di beni e di servizi

Come già anticipato, non devono essere ricondotti al PS i costi e i ricavi di laboratorio, anatomia, ematologia e radiologia, né per interni (che vanno direttamente sui reparti nei quali viene ricoverato il paziente), né per esterni (che rimangono sui servizi diagnostici come prestazioni in urgenza anche se hanno tipologia “P” – discipline 00, 03, 18 e 69) e non deve essere ricondotto al PS il costo della sala operatoria d’urgenza, che resta nei costi delle sale operatorie. Sul Pronto soccorso devono essere rilevati anche il valore della funzione specifica e i ricavi per prestazioni con regime P ex DGR 794/2018 (utilizzo letti degenza per sgravare il PS dall’influenza stagionale), sul fattore produttivo corrispondente al conto di bilancio utilizzato per la remunerazione (non entrano nel tetto DRG in quanto è previsto un finanziamento a parte).

**Psicologia clinica** = l’attività di psicologia clinica si può suddividere in due differenti aree: l’attività specialistica ambulatoriale resa a pazienti esterni (poliambulatori, Sert, consultori, CPS, cure domiciliari etc.) e l’attività erogata dal servizio di psicologia clinica che ha una valenza di servizio per interni (senza alcuna rendicontazione in 28/san o con una rendicontazione marginale, in quanto l’attività è svolta prevalentemente per pazienti ricoverati, parenti di pazienti ricoverati e personale dell’azienda, senza remunerazione della prestazione). Se l’attività di psicologia ha prevalente vocazione territoriale, deve essere imputata sul cdc standard e sulla Cudes che individua la prevalenza dell’attività (consultorio, Sert, poliambulatorio, CPS, etc.); se, invece, si tratta di psicologia clinica a tutti gli effetti, deve trovare collocazione sui costi comuni del presidio di appartenenza (4040600) (se si tratta di un unico servizio aziendale non divisibile può essere caricato interamente sul presidio di dimensioni maggiori).

**Psichiatria residenziale** = l’attività residenziale psichiatrica è suddivisa in tre differenti modelli di erogazione dell’assistenza:

- SRP1 corrisponde ai trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (2101100);
- SRP2 ai trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (2101200);
- SRP3 agli interventi socioriabilitativi (2101300).

Per la rilevazione del costo per acquisto di prestazioni sia da pubblico che da privato le ATS utilizzano il cdc\_std 2101100.

**Punto Unico di Accesso (PUA) (2020330)** = la legge di bilancio 2022 (L. 234/2021) ha modificato le caratteristiche dei Punti unici di accesso rispetto a come gli stessi erano stati delineati negli anni 2000. La L. 234/2021 all’art. 1 comma 163 affida al PUA l’accesso alle prestazioni delle persone non autosufficienti e ne ridefinisce ed amplia le funzioni; in particolare viene aggiunta ai PUA la funzione di valutazione multidimensionale incardinando all’interno dei PUA l’attività delle Unità di valutazione multidimensionali (UVM). Nel Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 viene stabilita la presenza obbligatoria del punto

unico di accesso all'interno di tutte le Case di Comunità (sia Hub che Spoke). Nella definizione della L. 234/2021 i PUA garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali fornite dal SSN e dagli Ambiti territoriali sociali, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi socio-sanitari. Gli obiettivi del PUA sono:

- Semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari;
- Promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività socio-assistenziale;
- Avviare la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

Il D.M. 77/2022 amplia la platea dei possibili destinatari del servizio individuando non solo i pazienti non autosufficienti (anziani e disabili) ma tutti i pazienti che si rivolgono alla Casa della Comunità, indipendentemente dalla eventuale presenza di non autosufficienza<sup>33</sup>. Il PUA:

- Garantisce tutte le informazioni sui servizi sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi;
- Garantisce ed agevola l'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (accompagnamento);
- Garantisce la valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti, anche al fine di delinearne il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- Garantisce, a seguito della valutazione, la definizione, a cura dell'unità valutativa multidimensionale (UVM), del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi necessari, modulati secondo l'intensità del bisogno.

**Ricerca (sezionale 70/75):** dal momento che la ricerca si può orientare a diverse tipologie di attività e a differenti livelli di assistenza, in funzione del contenuto della stessa, per questo tipo di attività si prevede, a partire dal 2023, di attivare un sezionale ad hoc tale per cui sono utilizzabili tutti i cdc\_std del piano dei centri di costo regionali. Al proprio interno le aziende attivano per l'unità organizzativa che sviluppa progetti di ricerca uno specifico cdc\_locale e lo stesso dovrà essere correlato al cdc\_std regionale sulla base del cdc\_std utilizzato per l'unità organizzativa, seguendo quindi la gerarchia di afferenza alla struttura presso la quale è attivata l'attività di ricerca. Per individuare che costi e ricavi rilevati sul quel cdc\_locale si riferiscono ad attività di ricerca, e non ad attività tipica e/o istituzionale, il cdc\_locale deve essere collegato al cdc\_std di riferimento appostando nei campi sequenza locale i codici 70/75, in tal modo dalla sequenza locale dei cdc\_std saranno individuabili tutti i costi della ricerca. Per poter differenziare la ricerca corrente (finanziata da regione e/o MIUR) dalla ricerca finalizzata (finanziata da terzi) il campo sequenza locale deve essere utilizzato secondo la seguente logica:

- **70** ricerca corrente
- **75** ricerca finalizzata.

Se ad esempio è finanziata attività di **ricerca corrente** in campo oncologico di ricovero il cdc\_locale sul quale sono appostati costi e ricavi di tale attività deve essere collegato al cdc\_std 3022164 con sequenza locale compresa tra **70**, se invece la ricerca fosse **finalizzata** il cdc\_std rimarrebbe il medesimo ma la sequenza locale da utilizzarsi sarebbe **75**.

---

<sup>33</sup> Allegato 1 pag. 27 del decreto

Anche il cdc\_locale che rileva i costi della direzione scientifica (ex cdc\_std 7000701) confluisce nel sezionale correlandolo al cdc\_std 5000527 Direzione Strategica con sequenza locale 70. A tale cdc\_std possono essere ricondotti anche laboratori di ricerca “aspecifici” che non potrebbero essere ricondotti ad una disciplina specifica e/o ad una unità organizzativa tra quella mappate dal piano dei cdc\_std regionale.

**Sala operatoria (3050310)** = comprende i costi del personale medico anestesista, dei ferristi, delle nurse, del personale ausiliario dedicato e dello strumentario chirurgico di uso comune (strumentario, kit TNT, kit monouso, etc.). Sono esclusi i costi del personale medico che effettua l’operazione (chirurgo) e dei DM specifici, da rilevare sul cdc utilizzatore (reparto); il costo del personale che si occupa del servizio di anestesia deve essere separato da quello che si occupa dell’attività del reparto di terapia intensiva, imputando alla sala operatoria almeno per un importo pari al costo delle ore di anestesia previste dal registro operatorio in base alla registrazione sui singoli interventi o alle ore di sedute operatorie programmate e urgenti (analogamente occorre allocare una parte del costo del personale anestesista sul cdc del pre-ricovero, in funzione delle ore di agenda programmate per tale attività); i costi delle sale, una volta che sulle stesse siano stati ribaltati i costi indiretti, devono essere a loro volta ribaltati sugli utilizzatori finali sulla base delle ore di utilizzo effettivo. Ovviamente, il costo da ribaltare sui cdc finali che utilizzano il servizio di anestesia sarà al netto del valore del personale prestatato ad altri.

**Screening** = l’attività di screening deve essere rilevata sui cdc\_std di erogazione, siano cdc\_std di attività ambulatoriale e/o di attività diagnostica terapeutica. I costi dell’attività sono quindi commisti con quelli dell’attività ordinaria e/o di emergenza del cdc\_std tipico di erogazione<sup>34</sup> mentre i ricavi relativi all’attività di screening vengono rilevati con appositi fattori produttivi std che ne definiscono la natura separandoli dai ricavi dell’attività ordinaria. Si precisa che per prestazioni di screening si intendono tutte e sole le prestazioni targate in 28/san con tipologia “S”, in accordo alle linee guida ministeriali relative al modello di rilevazione dei costi per livello di assistenza e a prescindere dal fatto che si tratti di screening di primo o secondo livello. Nello specifico, saranno rilevati i ricavi relativi agli screening del cancro della mammella, della cervice uterina, del cancro del colon retto e HCV. Ad esempio, lo screening del cancro della cervice uterina sarà rilevato sull’anatomia patologica e laddove possibile il prelievo del campione sulla ginecologia, il colon di I livello sul laboratorio mentre il colon di II livello sulla gastroenterologia, piuttosto che lo screening alla mammella sulla radiologia etc...

**Servizio anestesia** = se in azienda è attivo un cdc locale per il servizio anestesia sul quale sono caricati tutti i costi del personale anestesista, dal momento che nel piano dei cdc\_std regionali tale cdc non è stato attivato, si rende necessario ripartire i costi caricati sullo stesso nelle diverse attività tipiche svolte da personale anestesista, per ciascuna delle quali è stato attivato un cdc\_std ed in particolare:

- Attività di pre-ricovero
- Attività di sala operatoria
- Attività di pronto soccorso
- Attività ambulatoriale e di terapia del dolore
- Attività di terapia intensiva rianimazione

Nel caso in cui, quindi, il personale anestesista assegnato al cdc locale svolga queste attività (copra dei turni in PS, svolga attività ambulatoriale presso l’ambulatorio di cure palliative o terapia del dolore, svolga

---

<sup>34</sup> Si suggerisce pertanto per la compilazione del modello LA per livelli di assistenza di utilizzare quale driver l’incidenza % delle diverse tipologie di ricavi per definire il costo da attribuire al livello di assistenza

attività di sala o copra turni nel reparto di TI) e non sia invece direttamente allocato sulle stesse (attraverso la pratica della percentualizzazione del debito orario) devono essere movimentati i fattori produttivi relativi al personale prestato per popolare correttamente le linee di attività utilizzatrici della risorsa personale anestesista.

**Servizio cardiologico** = può costituire unità operativa autonoma o, più frequentemente, trattarsi di un'attività svolta dal reparto di cardiologia anche per la parte relativa ai pazienti interni. Per i volumi coinvolti, questa attività non è in alcun modo assimilabile alle consulenze scambiate tra reparti ospedalieri; pertanto, è indispensabile provvedere alla separazione dell'attività svolta in favore sia dei pazienti esterni che di quelli interni rispetto al reparto stesso, rilevando costi e ricavi sul cdc\_std della sezione 2061. Allo stesso modo, occorre scorporare dal reparto di cardiologia i costi e i ricavi relativi all'unità coronarica ed al servizio di emodinamica.

**Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori (1020100)** = rileva i costi dell'attività di verifica, in collaborazione con il dipartimento veterinario (Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati 1040200), del raggiungimento di adeguate garanzie in termini di sicurezza lungo tutte le fasi della filiera alimentare: dalla produzione primaria alla trasformazione, magazzinaggio, trasporto e commercio, fino alla somministrazione e al consumo. Eroga attività di controllo degli alimenti, con la finalità di verificare e garantire la conformità dei prodotti alle disposizioni dirette, nonché prevenire i rischi per la salute pubblica, proteggere gli interessi dei consumatori ed assicurare la lealtà delle transazioni commerciali.

**Sperimentazioni gestionali** = se la sperimentazione è totalmente esterna, l'attività deve essere rilevata sul centro di costo standard "Costi e ricavi comuni aziendali" (sia i costi che il rimborso e l'eventuale margine dovuto al canone), se la sperimentazione è fisicamente correlata all'ospedale va trattata come un reparto di degenza (accoglie i costi e i ricavi dell'attività, compreso il ribaltamento dei servizi).

**Solventi (3022167)** = laddove esista un reparto di ricovero per solventi, con una sua specifica identificazione sia logistica che organizzativa (personale), e per il quale la disciplina non è una caratteristica identificativa (tanto che il repsto utilizzato è 67 "pensionanti" o "solvenza"), i costi e i ricavi di tale attività vanno identificati su un cdc\_locale che deve essere correlato al cdc\_std Solventi. Tale cdc\_std deve essere utilizzato solo per l'attività di ricovero, in quanto quella specialistica ambulatoriale ricade nella fattispecie della libera professione (intra e/o extra muraria). Per tutti i ricoveri in solvenza (onere degenza 4) che vengono gestiti nell'ambito del reparto che eroga attività SSN, ad esempio ricoveri in solvenza di ortopedia nel reparto di ortopedia, non si provvede alla separazione dei costi, dal momento che la contabilità analitica non ha come oggetto di calcolo il paziente, ma il ricavo della stessa va registrato sul reparto di produzione utilizzando l'opportuno fattore produttivo. Nel caso in cui in presenza di onere di degenza 4 il cittadino abbia comunque attuato la scelta del medico e quindi si configuri l'esercizio della libera professione, i costi e i ricavi di tale attività devono essere ricondotti al cdc\_std 5000525 Libera professione.

**Sportello polifunzionale (2025300)** = laddove il modello organizzativo aziendale e la scarsità di risorse non consenta l'attivazione di sportelli ad hoc per ciascuna tipologia di attività ma il personale venga utilizzato in modo indistinto su un unico sportello che risponde a tutti i bisogni è possibile rilevare i costi di tale attività sul cdc\_std dello sportello polifunzionale. Tipicamente questo sportello vien attivato nell'ambito del distretto e/o della casa di comunità; è gestito da un'equipe operatori che garantiscono: attività di prenotazione; accettazione e ritiro referti sia dell'attività ambulatoriale che dei consultori; attività di scelta e revoca; raccolta della volontà alla donazione di organi e tessuti; protesica ed integrativa etc.... Nella

predisposizione del modello LA è necessario ribaltare il costo di tale sportello su tutti i livelli specifici di assistenza per i quali garantisce attività.

**Sterilizzazione (3050312)** = deve essere attivata solo dai presidi che abbiano personale esclusivamente dedicato a tale servizio; in tutti gli altri casi, i costi della sterilizzazione vanno rilevati direttamente sulle sale operatorie che sono l'unico utilizzatore (nel caso il cdc sia attivo, ovviamente, bisogna procedere al ribaltamento dei suoi costi prima di ribaltare i costi delle sale operatorie). L'attribuzione di un costo per il servizio di sterilizzazione ad utilizzatori differenti dalla sala operatoria verrà considerato come costo di sterilizzazione di dispositivi di utilizzo specifico non chirurgico (attività ambulatoriale non BIC o BOCA, gastroenterologia, endoscopia, etc.).

**Stroke Unit (3022232)** = rileva i costi e i ricavi (da prestazione e da funzione) dei letti intensivi qualificati con macro-attività "Stroke Unit" eventualmente presenti nelle UUOO di neurologia accreditate. Laddove sia attiva è necessario individuare un cdc locale e associare lo stesso al cdc\_std separando i costi di gestione da quelli della neurologia.

**Terapia intensiva/UTIC** = rileva i ricavi relativi ai dimessi e i ricavi figurativi relativi al ribaltamento del servizio sui cdc finali (reparti di dimissione), nonché tutti i costi (il totale dei costi da ribaltare è la differenza tra i costi totali e i ricavi propri). Nel caso in cui il personale anestesista assegnato al cdc copra dei turni in PS e/o svolga attività ambulatoriale presso l'ambulatorio di cure palliative o terapia del dolore e non sia possibile procedere a percentualizzare i costi, devono essere movimentati i fattori produttivi relativi al personale prestato. Ovviamente, il costo da ribaltare sui cdc finali che utilizzano la TI/UTIC sarà al netto del valore del personale prestato ad altri. Per le logiche di ribaltamento si rimanda al paragrafo specifico.

**Tossicologia** = il laboratorio di tossicologia che opera nell'area della medicina del lavoro ma non eroga prestazioni ai pazienti (analisi ambientali, etc.) deve essere rilevato insieme alla medicina del lavoro.

**Trasporto sanitario assistito/trasporto utenti per attività ambulatoriale** = Il costo del trasporto sanitario si configura secondo 3 differenti articolazioni:

- 118, riferito al trasporto in emergenza (trasporti sanitari primari dal territorio verso l'ospedale, in coerenza con il flusso Emur), per il quale è previsto uno specifico cdc\_std
- trasporto utenti per attività ambulatoriale, riguarda i trasporti per attività ambulatoriali (trasporto dializzati o di utenti non deambulanti, anche extra-lea) che essendo gestito completamente in appalto e non con una gestione diretta viene rilevato attraverso il Fp di acquisto del servizio e registrato direttamente sul cdc\_std utilizzatore<sup>35</sup>
- trasporto sanitario assistito, riguarda i trasporti non in emergenza dei degenti in sede di trasferimento ad altro ospedale o ad altra struttura sanitaria, svolti direttamente o avvalendosi di terzi. Nel caso in cui il servizio sia gestito direttamente il costo deve essere rilevato sul cdc\_std 306010036, nel caso in cui invece il trasporto sia completamente appaltato il costo deve essere attribuito direttamente ai cdc\_utilizzatori con la movimentazione del FP di acquisto del servizio. Nel

<sup>35</sup> Nel modello LA tale costo va ricondotto al livello della specialistica ambulatoriale attività clinica mentre nel flusso coan va attribuito ai vari cdc utilizzatori tra cui anche la dialisi.

<sup>36</sup> Nel caso in cui il servizio gestito direttamente sia residuale rispetto al valore dell'appalto e non sia "economico" attivare un cdc\_locale per la registrazione di tale costo, i costi correlati possono essere attribuiti al cdc\_std altri servizi di supporto sanitario (3050302)

caso di servizio completamente in appalto per popolare il livello di assistenza 3E100 del modello LA sarà sufficiente prendere a livello aziendale il costo rilevato sui FP 703150060, 703150130 e 703150090 e allocarlo completamente a tale livello.

Ad esclusione del 118 gli altri due cdc\_std dovrebbero essere attivati solo in caso di gestione diretta del servizio, parziale e/o totale procedendo invece alla rilevazione dei costi dell'appalto sui cdc finali utilizzatori. In particolare, con riferimento al trasporto dializzati, trattandosi di attività completamente esternalizzata, il costo, insieme ai rimborsi riconosciuti direttamente ai pazienti per i trasporti in autonomia, deve essere rilevato, attraverso Fp\_std specifico, sul cdc\_std della dialisi e questo a prescindere dalla presa in carico del paziente ma in base all'effettivo costo registrato a bilancio.

**UCA/USCA (2020210)** = con la chiusura delle Usca attivate per gestire l'emergenza covid il D.M. 77/2022, nell'ambito della riorganizzazione della rete territoriale, prevede l'attivazione delle UCA. L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da almeno 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'équipe UCA può essere eventualmente integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale. L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità

**UMACA (3080110)** = qualora in azienda operi un'UMACA/UFA è necessario che a livello locale sia attivato uno specifico cdc\_loc che separi i costi di preparazione dei farmaci chemioterapici ed altro da costi di gestione della farmacia. Per individuare separatamente i costi di preparazione e distribuzione da quelli di gestione della farmacia è quindi attivato uno specifico cdc\_std. I costi dei farmaci devono essere rilevati sui cdc\_std di somministrazione, su tale cdc\_std devono essere rilevati i costi di preparazione ed eventuale conservazione.

**UOOML (1030100)** = il cdc\_std deve essere attivato solo dalle aziende mappate nella DGR 20 marzo 2017, n. X/6359 che ridefinisce la rete delle UOOML lombarde. A queste sono assegnati obiettivi in termini di erogazione di prestazioni che possono essere<sup>37</sup>:

fruite da una pluralità di soggetti, quali: DIPS delle ATS, Medici Competenti, ASST di appartenenza, soggetti giuridici pubblici e privati, persone fisiche, fatto salvo il non concretizzarsi di situazioni di conflitto di interessi e di incompatibilità di ruolo;

ricondotte alle seguenti macro attività: clinica/strumentale, valutazione analitica, epidemiologia, consulenza/collaborazione, ricerca/formazione;

distinte tra tariffabili (sulla base del Nomenclatore Regionale) e extra Tariffario Regionale, nonché disaggregate in funzione dei soggetti fruitori.

Il cdc\_std deve essere attivato per la corretta rilevazione dei costi anche al fine della valorizzazione della specifica funzione. Dai costi di tale cdc\_std dovrebbe essere escluso il costo del medico competente che svolge la funzione aziendale e che deve essere ricondotto al cdc\_std 1030105, anche attraverso l'utilizzo dei

---

<sup>37</sup> Dal disciplinato della DGR 6359/2017

fattori produttivi del personale prestatato laddove un'unità non sia destinata a tempo pieno a tale attività aziendale.

**Vaccinazioni (1050100)** = rileva i costi e i ricavi dell'attività vaccinale, sia per obbligatoria che raccomandata (Piano sanitario nazionale e Piano nazionale vaccini), anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti. Rileva tutti i costi dei vaccini, compresi quelli eventualmente forniti a MMG e PLS per la campagna antinfluenzale. Quando non sarà più attiva la rilevazione separata covid anche il costo delle vaccinazioni covid dovrà confluire sul cdc\_std della medicina preventiva delle comunità: vaccinazioni. A questo cdc\_std le ATS riconducono i costi dell'acquisto di prestazioni sia da pubblico che da privato. Tale cdc\_std non deve essere confuso con il cdc\_std 1010110 Medicina preventiva nelle comunità (MPC malattie infettive) che riguarda la governance e non l'erogazione.

## 4 Parte Quarta: Le dimensioni economiche - fattori produttivi standard

La struttura del piano dei conti di contabilità analitica risponde ai seguenti requisiti:

- Deve essere “integrata” con il piano dei conti di contabilità economico-patrimoniale,
- Deve tenere conto dei conti tipicamente “gestionali” oltre che di quelli comuni alle due contabilità,
- Deve avere un livello di dettaglio in grado di facilitare la comprensione dei fenomeni gestionali.

In contabilità analitica si possono distinguere due tipologie di “conto”:

- Comune se è utilizzato da entrambe le contabilità (normalmente, coincide con il conto del piano dei conti di contabilità generale);
- Gestionale se è tipico della contabilità analitica (in relazione all’approccio gestionale o alla strutturazione infra-annuale della raccolta dei dati), ad esempio: consumi di materiale sanitario ed economico anziché, come nella contabilità generale, acquisti e variazione delle scorte; costo del personale suddiviso per profilo professionale piuttosto che per voce di spesa; costi e ricavi figurativi per scambio di prestazioni.

In genere, il piano dei conti di contabilità analitica è composto, per il 70%, dai conti di contabilità economico patrimoniale e, per un 30%, da conti specifici di contabilità analitica. Il termine “analitica” non sta ad indicare che i conti di contabilità analitica rilevino i fenomeni aziendali in modo più dettagliato ma sta ad indicare che rilevano i costi dei fattori produttivi con modalità che rendano più agevole l’analisi economica. In linea generale, sono sostanzialmente tre le tipologie di conti di analitica che si differenziano dai conti di economico patrimoniale:

- 1) Conti di consumo (prelievi di magazzino di materiale non sanitario e sanitario): in contabilità analitica si utilizzano i costi dei fattori produttivi consumati mentre nella contabilità economico patrimoniale si utilizzano i costi dei fattori produttivi acquistati e le corrispondenti variazioni di magazzino. I conti di consumo possono essere dettagliati con i medesimi livelli di analisi dei conti acquisto della contabilità generale o con i livelli più analitici utilizzati nella codifica degli “articoli” del sistema ordini.
- 2) Conti accesi ai costi del personale: in contabilità analitica si utilizzano dei fattori produttivi articolati, nell’ambito dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, per profilo professionale (medici, farmacisti, ingegneri, sociologi, dirigenti amministrativi, commessi, ecc.), senza alcun dettaglio della specifica natura di spesa (competenze, oneri sociali, etc.).
- 3) Conti specifici: in contabilità analitica si utilizzano dei fattori produttivi ad hoc per sopperire a quei conti di contabilità economico patrimoniale inadatti alle sue esigenze, a causa della periodicità di rilevazione o della distorsione dovuta alla classificazione per natura contabile del fenomeno (ad esempio, la rilevazione dei ricavi di produzione in contabilità analitica è per tipo di prestazione e lorda, mentre in contabilità generale è articolata in base alla provenienza dell’assistito e al netto degli abbattimenti e del ticket).

Il livello di dettaglio richiesto nei conti di contabilità analitica è peculiare alla comprensione dei fenomeni gestionali, quindi, per alcuni conti comuni si avrà un maggior dettaglio e per altri una sintesi rispetto al piano dei conti di contabilità generale, ferma restando l'esigenza di integrazione e coerenza con esso.

Di seguito viene fornito un elenco delle principali voci di conto economico rilevanti ai fini della coan e dei relativi flussi alimentanti.

#### 4.1 Sez. 1: Ricavi

- Contributi c/Esercizio, costi capitalizzati, etc. = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono il valore di competenza nelle diverse articolazioni di bilancio; devono essere imputati ai cdc finali laddove possibile, altrimenti nei centri comuni aziendali.
- Funzioni non tariffate = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono il valore di competenza nelle diverse articolazioni di bilancio; devono essere imputati alla struttura<sup>38</sup> e cdc specifico; laddove la funzione venga erogata per una specifica attività non tracciata nei cdc standard ma soggetta a rendicontazione, è necessario attivare anche un apposito cdc locale (ad esempio: centro regionale epilessia).
- Prestazioni per ricoveri di degenza ordinaria e di DH/DS e rimborso protesi = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono la valorizzazione a DRG delle dimissioni ordinarie e di day hospital al lordo degli abbattimenti, rilevata sul reparto di dimissione come da flusso SDO (esclusi i solventi, da rilevare separatamente).
- Prestazioni ambulatoriali = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono la valorizzazione secondo il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali, rilevata sulla UORIF come da flusso 28/SAN (ad eccezione delle prestazioni non diagnostiche con tipo prestazione = P che devono essere rilevate sul PS ed esclusi i solventi, da rilevare separatamente).
- Prestazioni di file F = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono la valorizzazione del flusso file F, rilevata su appositi centri File F, per i dettagli si rimanda al glossario delle attività.
- Prestazioni di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono la valorizzazione secondo il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali, rilevata sulla struttura e sul livello territoriale come da flussi 43/SAN, 46/SAN e NPI.
- Convenzioni, consulenze, certificazioni e altre prestazioni sanitarie = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono il valore di altri ricavi di competenza nelle diverse articolazioni di bilancio; devono essere imputati ai cdc finali laddove possibile e solo in via strettamente residuale nei centri comuni aziendali di presidio/azienda.

---

<sup>38</sup> Intesa come presidio ai fini del modello CP (vedi allegato 3), ossia il presidio ospedaliero (rilevato nel flusso ministeriale HSP), comprensivo delle strutture intra (STS), e il "territorio". Quest'ultimo, con riferimento alla colonna G del modello, comprende sia le attività non inquadrabili in alcuna struttura specifica ma sicuramente territoriali che le attività riferibili a strutture specifiche ma extra presidio (es. UONPIA). Nel ripartire la funzione occorre prestare attenzione anche a dove si trovino i costi che la giustificano, per evitare disallineamenti.

- Ricavi da libera professione = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono il valore dei ricavi da libera professione (che possono riguardare sia l'attività di degenza che l'attività ambulatoriale); la quota di ricavo è rappresentata da quanto fatturato al paziente ed introitato dall'azienda e deve essere rilevata su un apposito cdc in quanto non concorre a definire i ricavi del centro finale.
- Altri ricavi non sanitari = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i ricavi relativi a concorsi, recuperi e rimborsi, nonché i proventi e ricavi diversi non sanitari come da bilancio; devono essere imputati ai cdc finali laddove possibile, altrimenti nei centri comuni aziendali.
- Ricavi figurativi per scambi di prestazioni e servizi = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono la valorizzazione "virtuale" delle prestazioni/servizi offerti dai centri intermedi ad altri centri aziendali a tariffa (regionale se disponibile, altrimenti interna) o a costo pieno (ribaltamento del costo totale in proporzione all'effettivo utilizzo); si possono distinguere: ricavi interni dei reparti, dei servizi diagnostici, dei servizi sanitari, dei servizi alberghieri, dei servizi generali; la valorizzazione di questi ricavi deriva da un flusso gestionale interno che verrà trattato in seguito nella sezione relativa ai ribaltamenti
- Proventi straordinari = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i proventi della gestione straordinaria come da bilancio; devono essere imputati a costi comuni aziendali.

#### 4.2 Sez. 2: Costi diretti

- Costi del personale = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono il valore del costo pieno di competenza (retribuzione fissa, retribuzione di posizione, indennità accessorie, straordinari, produttività, oneri sociali, IRAP, rateo di tredicesima, ferie maturate e non godute)<sup>39</sup> proveniente dalla procedura stipendi per le seguenti figure professionali:
  - personale medico (medici, veterinari, odontoiatri);
  - personale dirigente sanitario (farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi);
  - personale infermieristico (infermieri, ostetriche, puericultrici, dietisti, assistenti sanitari, podologi, igienisti dentali);
  - personale tecnico sanitario (tecnici sanitari di laboratorio biomedico, di radiologia medica, di neurofisiopatologia, della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, tecnici ortopedici, odontotecnici, ottici) e della riabilitazione (audiometristi, audioprotesisti, fisioterapisti, logopedisti, ortottisti, terapisti della neuro e psicomotricista dell'età evolutiva, tecnici dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale, terapisti occupazionali, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, massaggiatori non vedenti, educatori professionali);

---

<sup>39</sup> Il costo del personale che va registrato sui vari cdc è il lordo di busta paga, perché eventuali trattenute comporterebbero una valutazione differente del costo del personale a seconda dell'azienda e della condizione soggettiva delle unità di personale (ad es. la mensa può incidere tra 1,05 euro e 3,5 euro a pasto, possono essere presenti trattenute del 1/5 per il pagamento di debiti, possono essere presenti sanzioni, etc.).

- personale tecnico (tutto il personale del ruolo tecnico, compresi programmatori, analisti e assistenti sociali);
  - personale amministrativo (tutto il personale del ruolo amministrativo);
  - personale professionale (tutto il personale del ruolo professionale);
  - personale prestato da altre unità / personale prestato ad altre unità (si tratta di una voce di giroconto relativa allo scambio di personale tra centri diversi, valorizzata in base alle ore che il personale ha prestato ad altri centri di costo moltiplicato per un costo standard orario; il giroconto sarà positivo per il reparto che ha ceduto le ore lavoro e negativo per il reparto che le ha richieste, mentre il saldo complessivo sarà pari a zero. I prestiti di personale possono essere effettuati solo tra cdc reali, non ha senso movimentarli su cdc virtuali quali, ad esempio, le lunghe assenze);
  - personale in aspettativa, in comando, in gravidanza, etc. da trasferire sul cdc delle lunghe assenze<sup>40</sup>, insieme all'eventuale rimborso (che non deve in alcun caso rimanere sui costi generali aziendali o su un cdc diverso da quello sul quale è imputato il costo).
- Altri costi del personale = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono il valore del costo pieno di competenza per il personale comandato (proveniente da altre aziende), convenzionato, universitario (quota De Maria), nonché per borsisti, tirocinanti, obiettori di coscienza, personale religioso, proveniente dalla procedura stipendi o dalla contabilità generale.
  - Consumi materiale sanitario = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i consumi di materiale sanitario provenienti dagli scarichi registrati dal sottosistema di magazzino, valorizzati al costo medio ponderato, per le seguenti categorie:
    - Farmaci (divisi in file F, da rilevare per tipologia sugli appositi centri e consumo ospedaliero, da rilevare sui centri utilizzatori)
    - Sieri e vaccini
    - Sangue, emocomponenti, emoderivati
    - Ossigeno e Gas medicinali
    - Dispositivi medici distinti per categoria CND, tra cui
      - Presidi medico-chirurgici: materiali di medicazione, cerotti, garze, bende, siringhe, sacche, deflussori, aghi, cateteri, lancette, sonde, tubi, guanti, fili di sutura, provette in plastica e in vetro per laboratorio, etc.
      - Strumentario chirurgico: strumentario ed i ferri chirurgici.
      - Materiale per emodialisi: filtri, linee, aghi, sacche, soluzioni utilizzate per la dialisi.
      - Materiale protesico: protesi mammarie, esofagee, lenti oculari, protesi specifiche per ortopedia e cardiologia, etc.
      - Materiale diagnostico: prodotti di diagnostica rapida, mezzi di contrasto radiologici, ecc.

---

<sup>40</sup> Per il corretto trattamento dei costi e ricavi sul cdc delle lunghe assenze si veda anche l'*Allegato 4: Il Reporting*

- Materiale laboratorio di analisi: materiale per l'esecuzione delle prestazioni di laboratorio di analisi, di medicina nucleare, di anatomia patologica, ivi compresi kit commerciali, terreni di colture, coloranti, etc.
  - Materiale per radiologia: lastre radiografiche, prodotti chimici per fissaggio e sviluppo, pellicole, etc.
  - Altro materiale come da bilancio
- Consumi di materiale non sanitario = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i consumi di materiale non sanitario provenienti dagli scarichi registrati dal sistema di magazzino, valorizzati al costo medio ponderato.
  - Manutenzioni e riparazioni = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono il valore delle manutenzioni e riparazioni di competenza provenienti dalla contabilità generale o dai gestionali dell'ingegneria clinica.
  - Prestazioni di servizi sanitari e non sanitari = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i valori di consulenze, convenzioni, utenze, assicurazioni, etc. provenienti dalla contabilità generale.
  - Costi per libera professione = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i valori della quota liquidata al personale a titolo di compartecipazione/consulenza artt. 55 co 1, 57 e 58 CCNL provenienti dalla procedura stipendi. Si distingue:
    - att. libera professione ex art. 55 c.1 lett. a) b) CCNL = libera professione individuale o in equipe svolta nella propria struttura, caratterizzata dalla scelta del professionista da parte dell'utente
    - consulenza area pagamento ex art. 55 c.1 lett. c) d) ed ex art. 57-58 CCNL = partecipazione ad attività professionale a pagamento svolta individualmente o in equipe in altra struttura convenzionata o ad attività professionale a pagamento richieste da terzi all'azienda, anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa
  - Godimento beni di terzi = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i valori dei canoni di locazione o leasing di immobile, attrezzature, etc. provenienti dalla contabilità generale.
  - Spese amministrative e generali provenienti dalla contabilità generale.
  - Servizi appaltati = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i costi dei servizi sanitari e degli altri servizi appaltati di competenza dell'anno provenienti dalla contabilità generale.
  - Ammortamenti = i fattori produttivi inquadrabili in questa categoria contengono i costi degli ammortamenti, alimentati dal libro cespiti.

Nella revisione del piano di Fp\_std si è privilegiata la natura rispetto alla destinazione, come spesso avviene invece nel piano dei conti di contabilità generale, e pertanto tutta una serie di conti, per i quali la destinazione è individuabile dal cdc\_std sul quale sono allocati, è stata disabilitata.

Qualora un servizio sia dato in appalto e la natura dello stesso coincida con un cdc\_std, il FP deve comunque sempre essere riallocato, sulla base di driver specifici, agli utilizzatori finali e non deve essere rilevato sul cdc coincidente (ad esempio mensa, trasporti sanitari etc....)

### 4.3 Particolarità di alcuni Fp

Nel flusso di contabilità analitica i costi e i ricavi vanno rilevati in valore assoluto e quindi privi di segno. Fanno eccezione:

- Le rilevazioni appostate sul cdc\_std 999999 che possono rilevare segno negativo per qualsiasi Fp\_std, sia di costo che di ricavo, alla luce appunto delle scritture che consentono la quadratura tra coge e coan;
- I conti di costo relativi alle note di credito File F (701010160 e 701010170) che assumono sempre valore negativo;
- I conti di costo relativi al personale prestato e la relativa Irap (708012510, 708012533, 708015510, 708015533, 708022510, 708022533, 708024510, 708024533, 708032510, 708032533, 708034510, 708034533, 708042510, 708042533, 708044510, 708044533, 708013310, 708013333).

**Contributi e Utilizzi:** nella rilevazione dei ricavi particolare attenzione deve essere prestata alla rilevazione dei contributi e degli utilizzi, è infatti necessario che si avvii un progressivo riallineamento nella gestione di queste partite contabili rispetto a quanto avviene nel flusso di contabilità generale. Il contributo, sia da pubblico che da privato, vincolato e non, prevede infatti, alla luce dell'applicazione del D.Lsvo 118, che l'importo venga registrato a bilancio per l'ammontare complessivo nell'anno in cui viene elargito, anche se la competenza economica dell'attività ad esso correlata si sviluppa su più anni. A consuntivo la quota parte da rinviare al finanziamento di attività per anni successivi viene accantonata e negli anni successivi riportata a ricavo in termini di utilizzi per la quota parte di competenza dell'anno di riferimento. Nel flusso trimestrale di contabilità generale gli enti individuano i costi correlati ai contributi e/o agli utilizzi iscritti a ricavo di modo che i costi complessivi aziendali possano essere nettizzati dalle attività che sono finanziate da contributo. In tal senso dovrà operare anche la contabilità analitica alla quale sarà richiesto di rilevare il contributo e/o l'utilizzo sul cdc\_std presso il quale sono rilevati i costi finanziati dallo stesso. Lo sforzo da attivare è quello non solo di procedere a tale allocazione del ricavo ma anche nel rilevare a ricavo solo la quota parte di contributo/utilizzo relativa all'effettiva manifestazione dei costi registrando ad accantonamento quanto non andato a costo nel periodo di riferimento.

Nello specifico le indicazioni per la corretta rilevazione sono esemplificate in tal modo: se nel 2022 si è ricevuto un contributo di 100 per un'attività che ha durata triennale, a bilancio viene rilevato l'importo complessivo di 100 e la quota parte per la quale non si sono registrati costi nell'anno deve essere registrata ad accantonamento. Negli anni successivi al manifestarsi dei costi dell'attività specificatamente finanziata dal contributo viene registrato l'utilizzo per l'importo a copertura dei costi di ciascun anno. In coan si deve procedere quindi in tal modo:

- rilevare sul cdc\_std sul quale sono registrati i costi solo la quota di contributo di competenza dell'anno.
- Rilevare sul cdc\_std 5000508 la quota di contributo non utilizzato nell'anno deve andare ad accantonamento
- Rilevare sul 5000508 l'accantonamento in quadratura con il contributo non utilizzato

- Rilevare, nel corso dell'anno successivo, come utilizzo sul cdc\_std nel quale sono registrati i costi relativi all'attività finanziata da contributo, un importo pari esclusivamente all'ammontare complessivo dei costi finanziati per quell'anno.

**Infermiere di famiglia:** Il costo di tale figura deve essere attribuito alle linee di attività specifiche per le quali opera:

- Valutazione, presa in carico e ADI
- COT
- Supporto alle attività ambulatoriale
- Ospedale di comunità
- Etc...

Solo in misura residuale può essere attribuito al cdc\_std della Casa della Comunità e solo nel caso in cui la sua attività sia così parcellizzata da non aver senso ripartirla tra i vari cdc\_std utilizzatori.

## **5 Parte Quinta: Integrazioni al flusso COAN e raccordo tra COAN e COGE**

Oltre al flusso economico dei costi e dei ricavi per cdc (“Tabella conto economico”), il flusso dati regionale prevede che il Controllo di Gestione trasmetta trimestralmente le seguenti informazioni:

### **5.1 Flusso FTE**

Raccoglie i dati per struttura e cdc del personale full time equivalente per ruolo e profilo (identificati dal codice profilo regionale std<sup>41</sup>) rapportate all’anno, compreso il personale a tempo determinato e flessibile. Per personale equivalente si intende il numero di personale che presta la propria attività nel centro di costo, calcolando che una unità (per ogni profilo) corrisponde a una persona a tempo pieno interamente attribuita al centro e presente per tutto il periodo in esame. Ovviamente, nel flusso devono essere rilevati anche tutti gli spostamenti e le eventuali lunghe assenze, in coerenza con il flusso economico. Inoltre, le teste vanno rapportate al periodo, in modo che ci sia sempre coerenza con i costi (ad esempio: una persona a tempo pieno per sei mesi sull’anno cuba 0,5 FTE) e si consiglia di mantenere almeno il secondo decimale.

### **5.2 Flusso sale operatorie**

Raccoglie i dati relativi alle ore di sala operatoria ed emodinamica indicando da un lato l’erogatore dell’attività (sala operatoria) e dall’altro l’utilizzatore (reparto di ricovero del paziente). In attesa di poter disporre, quando le gestioni operative aziendali saranno in grado di implementare sistemi informativi che consentano di monitorare sia la programmazione che l’effettivo utilizzo in modo preciso e puntuale, del dato sia di programmazione che di effettivo utilizzo, una volta che la seduta si sia protratta più dell’effettiva programmazione, rileva il dato relativo alle ore di programmazione delle sedute ordinarie e le ore relative all’effettivo utilizzo (entrata-uscita del paziente) per le sedute in urgenza. In tal senso nella tabella sono rilevate le ore di ciascun reparto/ambulatorio sia per l’attività di elezione che per quella in urgenza dall’inizio dell’anno, in modo cumulato.

### **5.3 Flusso ore agenda ambulatoriali**

Raccoglie i dati relativi al numero complessivo di ore di attività programmate di ciascun ambulatorio/servizio, comprese quelle dell’attività divisionale dall’inizio dell’anno (importo cumulato). La tabella dovrebbe avere una certa coerenza rispetto al costo e alla teste di personale medico registrato sui cdc\_std dell’attività ambulatoriale, infatti, se è pur vero che a volte la programmazione si modifica questo non implica che sia possibile individuare un disallineamento totale tra le due informazioni.

### **5.4 Tabella degli scambi economici tra presidi (“Interpresidio”)**

Raccoglie i dati relativi al valore degli scambi di prestazioni e servizi diagnostico terapeutici tra presidi di uno stesso ente, dettagliando l’importo dei ricavi figurativi già presenti nel flusso economico con l’informazione relativa alla struttura verso la quale tali prestazioni/servizi siano stati resi. Ovviamente, il

---

<sup>41</sup> La scelta del profilo regionale std è in parte vincolata, in quanto, per poter calcolare il costo unitario per categoria di personale è stata prevista l’associazione tra esso e un set definito di fattori produttivi std di costo. La corretta metodologia di scelta del profilo è la seguente: si verifica in quali fattori produttivi confluiranno i costi, si verifica sulle tabelle enum a quali profili std siano collegati e si sceglie il profilo std più appropriato tra quelli che sono associati a quello stesso set di costi.

valore degli scambi rendicontati nella tabella dovrà essere coerente a livello di totali e di sub-totali con quanto dichiarato sui fattori produttivi fittizi per ciascun centro di costo cedente o ricevente nel flusso economico. In parziale deroga alle regole previste per i ribaltamenti rilevati nel flusso economico, nella rilevazione degli scambi interspresidio è possibile trattare il PS come centro ricevente servizi diagnostico terapeutici.

## 5.5 Anagrafiche (“Tabrif”)

Prima dell’apertura di ciascun flusso, è previsto il caricamento delle tabelle anagrafiche dell’Azienda:

- Transcodifica cdc = rappresenta il piano dei cdc locali collegati allo standard regionale (Cudes + cdc\_std + sequenza, per consentire il raccordo con i flussi)
- Transcodifica conti coan = rappresenta piano dei fattori produttivi di coan locali collegati allo standard regionale (fattore produttivo std)
- Transcodifica cdc-repsdo = rappresenta la tabella di raccordo tra i cdc locali e i reparti SDO (disciplina&sequenza)
- Transcodifica Cudes intra (presidio e Casa della comunità) = nella quale alla Cudes della struttura (STS) collocata all’interno di un presidio o di una casa della comunità viene associata la Cudes del presidio o della Casa di Comunità.

Nel paragrafo specifico 6.4 per ciascuna di queste tabelle, che integrano il flusso coan, vengono dettagliati tutti gli aspetti tecnici sia in termini di campi che di controlli formali e sostanziali sviluppati in SMAF.

## 5.6 Il modello della quadratura

I dati economici derivanti dalla COAN devono quadrare con quelli derivanti dalla contabilità economico-patrimoniale (COGE) trasmessi dalle Aziende Sanitarie:

- ✓ Bilancio Preventivo e di assestamento (BPE)
- ✓ Conti Economici Trimestrali (CET)
- ✓ Bilancio consuntivo (CE).

La tabella di quadratura è stata predisposta a livello regionale affiancando i dati provenienti dalle due contabilità (Co.An - CoGe) e utilizzando uno schema che parzialmente ricalca la struttura dei macro-aggregati di CEMIN e che comunque si articola su un dettaglio di analisi, in grado di quadrare in modo specifico con la contabilità generale (*Allegato 6: Tabelle che alimentano il flusso CoAn regionale e Moduli di qualità*).

Il piano dei conti è stato unificato ed è sostanzialmente in linea con il piano dei conti di CoGe; tale allineamento ha consentito di individuare un prospetto di riconciliazione CoGe-Co.An molto puntuale e quindi di impostare un modello di quadratura che fosse abbastanza articolato da arrivare, in molti casi, ad una quadratura per voce di CEMIN. Per i soli costi relativi al consumo di Dispositivi Medici viene richiesta una coerenza tra CoGe e Co.An legata alla CND specifica dal momento che le due informazioni contabili oltre a dover essere confrontabili tra loro devono essere confrontabili con i dati recepiti nel flusso consumi.

Dal momento che anche per molti altri conti può prevedersi una quadratura conto per conto, saranno comunque sviluppati, anche al di fuori dal portale, dei controlli periodici sulla coerenza del dato

rendicontato in Co.An rispetto a quello rendicontato nel CET fino al massimo dettaglio e quindi fino al conto laddove possibile.

Il piano dei Fp\_std ha tre sostanziali differenze rispetto ai conti NI di bilancio:

- ✓ I ricavi da produzione sono articolati per tipo di prestazione e non per residenza dell'utente;
- ✓ Il consumo dei residenti, come la produzione, sono articolati per tipologia di consumo e per natura giuridica dell'erogatore (pubblico e privato) ma non per residenza dell'assistito;
- ✓ I costi del personale che sono articolati per ruolo e per figura ma non per tipologia di contratto (tempo determinato o tempo indeterminato) e voce stipendiale (competenze fisse, accessorie etc.).

In questi casi, quindi, la quadratura non avviene attraverso le voci di CEMIN ma attraverso specifici RIF individuati ad hoc.

Poiché i due sistemi contabili (CoGe e Co.An) sono basati su modalità e tempistiche di rilevazione differenti e che, nei momenti di rilevazione trimestrale, possono emergere delle differenze di valorizzazione per alcuni fattori, è necessario privilegiare in COAN il monitoraggio del reale andamento di costi e ricavi. In tal senso, si richiama la necessità di popolare anche quei fattori produttivi che non trovano valorizzazione a CET e tutti quei costi stimati in incremento rispetto alle assegnazioni. Pertanto, qualora esistessero delle squadrature nel flusso Co.An con quanto presente a CET, non devono essere effettuati abbattimenti e tagli generalizzati e/o riproporzionati sui vari cdc standard, devono essere utilizzati i centri di costo di quadratura che, per garantire la corretta compilazione del modello CP, devono essere attivati a livello di struttura (Cudes) e non possono più essere attivati solo a livello aziendale (Cudes aziendale e aziendale territoriale).

## 6 Istruzioni per la raccolta e codifica dei dati

SMAF è il gestionale utilizzato da ARIA per l'acquisizione e gestione dei flussi informativi in questione.

I Flussi di riferimento su SMAF per il controllo di Gestione sono i seguenti:

- A. Flusso Controllo di Gestione → flusso relativo l'invio dei dati di contabilità (COAN)
- B. Flusso Controllo di Gestione Tab Rif → flusso relativo l'invio delle anagrafiche propedeutiche al caricamento dei dati COAN degli enti (COAN RIF/TAB RIF)

### 6.1 Diagramma di flusso del processo di acquisizione

Si riporta per riferimento il diagramma di flusso generale relativo alla fase di acquisizione tramite piattaforma SMAF.

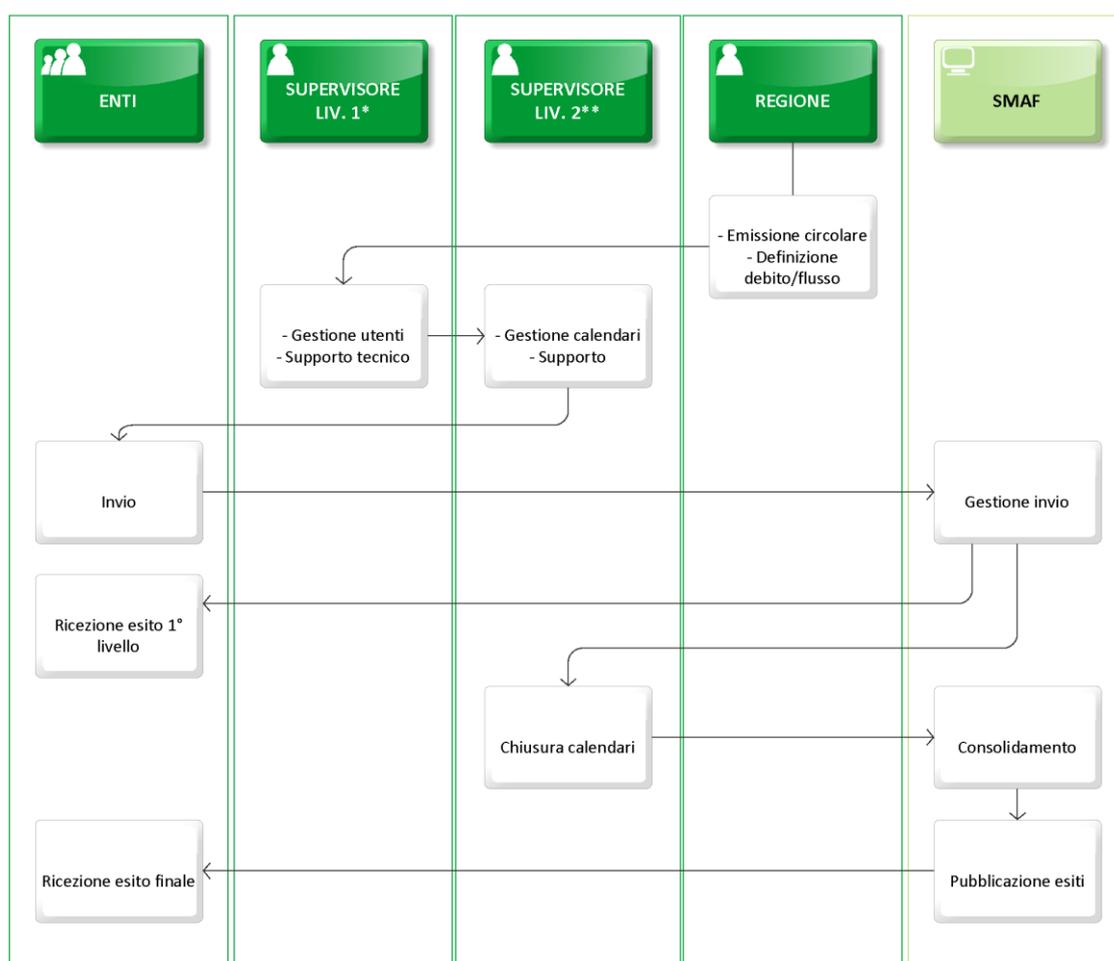


Figura 7: Processo di acquisizione del flusso su SMAF

\*assistenza-flussi@ariaspa.it

\*\*coan@ariaspa.it

## 6.2 Requisiti Enti invianti

Per l'utilizzo della piattaforma web gli utenti delle strutture dovranno essere abilitati e profilati. L'accesso alla piattaforma potrà avvenire con Carta Operatore SISS, Carta CRS-Cittadino o con le credenziali username/password in casi particolari individuati da Regione Lombardia.

## 6.3 Cadenza degli invii

Il debito informativo degli enti sanitari pubblici (ATS, ASST e IRCSS pubblici) nei confronti di Regione sui dati di contabilità analitica passa dall'acquisizione su SMAF in invii periodici che seguono i calendari di bilancio.

I periodi sono:

- Trimestrali: I, II, III, IV trimestre
- Annuali: Preventivo, Assestamento/Pre-consuntivo, Consuntivo

La scadenza di invio del flusso economico coincide con i 15 giorni successivi al caricamento su scriba del corrispondente flusso economico; nei 10 giorni antecedenti la scadenza è possibile per gli enti correggere, integrare e modificare le tabelle di anagrafica e, solo dopo che il flusso di invio delle tabelle di anagrafica è stato chiuso, è possibile procedere al caricamento del flusso contabile. I calendari, e di conseguenza gli invii, sono quindi effettuati in successione: prima per le tabelle di COANRIF (solitamente 10 giorni di apertura del flusso), successivamente per i dati di contabilità COAN (solitamente 2 giorni di apertura del flusso).

## 6.4 COANRIF

### 6.4.1 Tracciati record

Il caricamento della COAN RIF consiste nel caricamento di un file dove vengono codificate le anagrafiche utilizzate per l'invio dei dati gestionali; è così propedeutico all'invio del flusso CoAn.

Il file .xls è composto da 4 fogli denominati "TABRIF":

- TRANSCODIFICA CDC - Dove gli enti legano i propri Centri di costo locali (CDCLOC) a quelli standard regionali (CDCSTD)
- TRANS CDC-REP SDO - Dove gli enti trasmettono il legame tra la propria anagrafica dei centri di costo (solo per i reparti, quindi solo su ASST e IRCSS) e i reparti rendicontati nel flusso SDO. Non va alimentato sul Preventivo. La validità dei reparti SDO è annuale, per cui la tabella va comunque aggiornata ogni anno.
- TRANSCODIFICA CONTI COAN - Dove gli enti legano i propri Conti di analitica locali (CODCOANLOC) a quelli standard regionali (CODCOANSTD)
- TRANSCODIFICA CUDES INTRA – all'interno del quale gli enti collegano le Cudes dei propri immobili alle Cudes di attività presenti al loro interno.

Vengono di seguito riportati, a titolo di esempio, stralci dei fogli che compongono il flusso COANRIF.

*Tabella 12: Estratti anagrafiche COAN RIF*

### TabRif\_CDC

CODENTE	CODDISTRE	CODSTRUTTL	CODCDCSTD	SEQCDCLOC	CODCDCLOC	DESCCDCLOC	DATAATTIVAZIONI	DATADISATTIVAZI	DATA_INI_GEST	DATA_FINE_GEST
000000	03092500	3021102	01	102970	102C19	U.O. MEDICINA INTERNA 3 I	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
000000	03092500	3022224	01	102C19	102C19	EMERGENZA COVID-19	01/04/2020	31/12/9999	01/04/2020	31/12/3999
000000	03092500	3022724	01	102C19E	102C19E	EMERGENZA COVID-19 ES1	01/04/2020	31/12/9999	01/04/2020	31/12/3999
000000	03092500	3022324	07	102C21	102C21	EMERGENZA COVID-19 DEC	01/01/2020	31/12/9999	01/01/2020	31/12/3999
000000	03092500	3022424	03	102C22	102C22	EMERGENZA COVID-19 TEF	01/01/2020	31/12/9999	01/01/2020	31/12/3999
000000	03092500	3022224	01	102D19	102D19	EMERGENZA COVID-19 PRE	01/01/2020	31/12/9999	01/01/2020	31/12/3999
000000	00356600	2062200	01	102K70	102K70	U.O. MEDICINA INTERNA 3 I	01/01/2018	31/12/9999	01/01/2018	31/12/3999
000000	00356600	2061100	05	102K70	102K70	U.O. MEDICINA INTERNA 3 I	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999

### TabRif\_CDC\_SDO

CODENTE	CODSTRUTTURA	CODCDCSTD	SEQCDCLOC	CODCDCLOC	CODREPARTOPERSDO	DATAATTIVAZI	DATADISATTIV	DATA_INI_GES	DATA_FINE_GEST
03092500	3022137	02	740W75	3702	3702	01/10/2018	31/12/9999	01/10/2018	31/12/3999
03092500	3022137	02	740W75A	3701	3701	01/01/2019	31/12/9999	01/01/2019	31/12/3999
03092500	3022137	02	740W75A	3702	3702	01/10/2018	31/12/9999	01/10/2018	31/12/3999
03092500	3022137	02	740W75B	3701	3701	01/01/2019	31/12/9999	01/01/2019	31/12/3999
03092500	3022137	02	740W75B	3702	3702	01/10/2018	31/12/9999	01/10/2018	31/12/3999
03092500	3022137	01	740W79	3701	3701	01/01/2020	31/12/9999	01/01/2020	31/12/3999
03092500	3022137	01	740W86	3701	3701	01/01/2020	31/12/9999	01/01/2020	31/12/3999
03092500	3021102	01	740W86	3702	3702	01/10/2018	31/12/9999	01/10/2018	31/12/3999
03092500	3022137	01	740W86F	3701	3701	01/01/2020	31/12/9999	01/01/2020	31/12/3999
03092500	3022137	01	740W97	3701	3701	01/01/2020	31/12/9999	01/01/2020	31/12/3999

### TabRif\_C\_COAN

CODENTE	CODCOANLOC	DESCCOANLOC	CODCOANSTD	DATAATTIVAZIONE	DATADISATTIVAZIONE	DATA_INI_GEST	DATA_FINE_GEST
678055		Spese per il culto	714010040	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678060		Libri, giornali, riviste e pubblicazioni	714010040	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678061		Libri e pubblicazioni per biblioteca scientifica	714010040	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678070		Spese legali e notariali	714010040	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678072		Multe, ammende e penalita	714010040	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678073		Sanzioni verso ASL della Regione	704060100	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678075		Oneri per il personale in quiescenza	714010040	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678077		Assegni di studio allievi	702130070	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678080		Gestione riviste Ospedale Maggiore e Ca Gra	714010040	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999
678090		Altri oneri diversi di gestione	714010040	01/01/2016	31/12/9999	01/01/2016	31/12/3999

### TabRif\_CUDES\_INTRA

CODENTE	CUDES_IMMOBILE	CUDES_ATTIVITA'	DATAATTIVAZIONE	DATADISATTIVAZIONE
---------	----------------	-----------------	-----------------	--------------------

Gli enti hanno la possibilità di effettuare dei caricamenti test delle TAB RIF prima di effettuarne l'invio definitivo.

## 6.4.2 Controlli applicati

### 6.4.2.1 Verifica package

I controlli sul package sono i primi a essere effettuati all'invio del file e ne verificano i formalismi.

Vengono verificate le seguenti caratteristiche:

- Naming del file inviato: **Flusso\_COAN\_<annoPeriodo>\_<Ente>.xls**
- Estensione del pacchetto di invio (file .xls)

Il mancato superamento dei controlli sul package porta ad avere errore bloccante invio.

### 6.4.2.2 Verifica parametri

La verifica dei parametri prevede la verifica che i nomi dei fogli contenuti nel file siano corretti (come da template di riferimento). La non correttezza dei nomi dei fogli contenuti nel file porta a un errore di tipo bloccante invio.

### 6.4.2.3 Verifica tracciati

Superati i controlli relativi al package e ai parametri vengono effettuate verifiche sul tracciato sia di tipo formale che di integrità sui singoli record. Gli errori possono essere di gravità diversa, nel dettaglio:

- “X” nel caso in cui l’invio in test non è andato a buon fine ovvero sono presenti errori bloccanti a seguito dei controlli presenti a sistema per il caricamento della COAN;
- “!” nel caso in cui il caricamento è andato a buon fine ma sono presenti avvertimenti come esito dei controlli presenti a sistema
- “V” nel caso in cui il caricamento è andato a buon fine senza nessuna tipologia di errore bloccante o avvertimento.

È importante sottolineare (e questa regola vale sia per il caricamento della COANRIF in test che per l’invio definitivo) che **solo i flussi con lo Stato di “Invio” = “X” (errore bloccante) non vengono acquisiti dal sistema poiché sono presenti degli errori bloccanti.** Quindi, nel caso in cui fossero presenti degli avvertimenti, il sistema acquisisce comunque il flusso caricato dall’ente. Considerate queste logiche di flusso, i controlli che vengono fatti in acquisizione su SMAF sono esplicitati a seguire per foglio.

### COANRIF\_CDC

Tabella 13: Controlli effettuati da SMAF all’acquisizione del flusso, sul foglio COANRIF\_CDC

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COANRIF_CDC_01	Ente non coincidente con ente inviante	Verifica che il campo CODENTE sia corretto rispetto all’ente inviante	Errore bloccante
COANRIF_CDC_02	DATAATTIVAZIONE maggiore di DATADISATTIVAZIONE	Verifica che la sequenza temporale dei campi DATAATTIVAZIONE e DATADISATTIVAZIONE sia corretta (DATAATTIVAZIONE deve essere <= DATADISATTIVAZIONE)	Errore bloccante
COANRIF_CDC_03	SEQCDCLOC errato	La sequenza del CDC locale deve essere un codice a 2 caratteri compreso tra 00 e 99	Errore bloccante
COANRIF_CDC_04	DATAATTIVAZIONE antecedente ultimo periodo Coan Consolidato	La DATAATTIVAZIONE deve essere maggiore rispetto all’ultimo periodo Coan Consolidato e <= del primo giorno del trimestre di competenza.	Errore bloccante
COANRIF_CDC_05	DATAATTIVAZIONE deve corrispondere ad una delle date di inizio di un trimestre	Verifica campo DATAATTIVAZIONE. GIORNO E MESE della DATAATTIVAZIONE devono essere pari al primo giorno di un trimestre (es."01/01", "01/04", "01/07", "01/10")	Errore bloccante
COANRIF_CDC_06	DATADISATTIVAZIONE deve corrispondere ad una delle date di fine di un trimestre	Verifica campo DATADISATTIVAZIONE. (Campo non obbligatorio). GIORNO E MESE della DATADISATTIVAZIONE devono essere pari all’ultimo giorno di un trimestre (es."31/03", "30/06", "30/09", "31/12")	Errore bloccante
trk004	Formato NON Data	Il formato dei campi data non è corretto. NOTA: Il campo data è già obbligato dalla formattazione del template	Errore bloccante
trk005	Valore non in Anagrafica	Verifica sulla tabella ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD del CODCDCSTD utilizzato, delle date di attivazione/disattivazione sulla tabella enum e del FLAG “S” sulla colonna della tipologia dell’ente inviante.	Errore bloccante
trk005	Valore non in Anagrafica	Verifica CODDISTRETTO su Dati codificati e successivamente nella tabella ENUM.COAN_ANAG_DISTRETTI.	Errore bloccante
trk006	Valore Obbligatorio	Sono segnalati i campi obbligatori non valorizzati. I campi obbligatori sono TUTTI tranne DESCDCLOC e DATADISATTIVAZIONE	Errore bloccante

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
trk007	Univocità chiave primaria violata	Verifica sul foglio di invio che non ci siano record ripetuti per la stessa combinazione ENTE DISTRETTO STRUTTURA CDCLOC SEQCDCLOC	Errore bloccante
COANRIF_CDC_int1	STRUTTURA NON ABILITATA	La combinazione CODAZIENDA, CODSTRUTTURA non è presente nella tabella dei dati codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOCUDES. Bypassano 'Dati Codificati' anche le strutture fittizie specifiche del CDG: -xxx00000 struttura fittizia aziendale -xxx00001struttura fittizia territoriale (ASST/IRCSS)	Errore bloccante
COANRIF_CDC_int2	DATADISATTIVAZIONE non valorizzata correttamente	La data di disattivazione deve essere <= alla data_fine_gest. DATAFINEGEST è un campo compilato dal sistema alla compilazione della DATADISATTIVAZIONE. Il controllo blocca lo spostamento retroattivo di CDC già chiusi	Errore bloccante
COANRIF_CDC_int3	CODCDCSTD Non coerente con tipo struttura	Verifica che la struttura alimenti CDC in linea con la tipologia di CUDES ("SAN" o "RIC"). Eventuali eccezioni sono gestite nella ENUM_COAN_CDC_CODSTRU	Errore bloccante
COANRIF_CDC_int4	CODCDCSTD	Se il record inviato è un nuovo inserimento (cioè non esiste già nello storico), allora verranno controllate le date di validità dei conti sulle relative ENUM: Verifica che il CODCDCSTD rispetti la corretta sequenza temporale in ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD, come segue: DATA_INI_GEST <= DATA_ATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA(Trimestre)<= DATA_DISATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA	Errore bloccante
COANRIF_CDC_int5	CODCDCSTD	Se il record inviato è una chiusura (cioè esiste già nello storico), allora verranno controllate le date di validità dei conti sulle relative ENUM, ma senza considerare il trimestre di invio: Verifica che il CODCDCSTD rispetti la corretta sequenza temporale in ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD, come segue: DATA_INI_GEST <= DATA_ATTIVAZIONE(Tracciato)<= DATA_DISATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA	Errore bloccante

## COANRIF\_C\_COAN

Tabella 14: Controlli effettuati da SMAF all'acquisizione del flusso, sul foglio COANRIF\_C\_COAN

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COANRIF_C_COAN_01	Ente non coincidente con ente inviante	Verifica che il campo CODENTE sia corretto rispetto all'ente inviante	Errore bloccante
COANRIF_C_COAN_02	DATAATTIVAZIONE maggiore di DATADISATTIVAZIONE	Verifica che la sequenza temporale dei campi DATAATTIVAZIONE e DATADISATTIVAZIONE sia corretta (DATAATTIVAZIONE deve essere <= DATADISATTIVAZIONE)	Errore bloccante
COANRIF_C_COAN_04	DATAATTIVAZIONE antecedente ultimo periodo Coan Consolidato	La DATAATTIVAZIONE deve essere maggiore rispetto all'ultimo periodo Coan Consolidato e <= del primo giorno del trimestre di competenza.	Errore bloccante
COANRIF_C_COAN_05	DATAATTIVAZIONE deve corrispondere ad una delle date di inizio di un trimestre	Verifica campo DATAATTIVAZIONE. GIORNO E MESE della DATAATTIVAZIONE devono essere pari al primo giorno di un trimestre (es."01/01", "01/04", "01/07", "01/10")	Errore bloccante
COANRIF_C_COAN_06	DATADISATTIVAZIONE deve corrispondere ad una delle date di fine di un trimestre	Verifica campo DATADISATTIVAZIONE. (Campo non obbligatorio). GIORNO E MESE della DATADISATTIVAZIONE devono essere pari all'ultimo giorno di un trimestre (es."31/03", "30/06", "30/09", "31/12")	Errore bloccante

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
trk004	Formato NON Data	Il formato dei campi data non è corretto. NOTA: Il campo data è già obbligato dalla formattazione del template	Errore bloccante
trk005	Valore non in Anagrafica	Verifica sulla tabella ENUM.COAN_ANAG_CONTI std del CODCOANSTD utilizzato, delle date di attivazione/disattivazione sulla tabella enum e del FLAG "S" sulla colonna della tipologia dell'ente inviante.	Errore bloccante
trk006	Valore Obbligatorio	Sono segnalati i campi obbligatori non valorizzati. I campi obbligatori sono TUTTI tranne DESCDCLOC e DATADISATTIVAZIONE	Errore bloccante
trk007	Univocità chiave primaria violata	Verifica sul foglio di invio che non ci siano record ripetuti per la stessa combinazione ENTE CODCOANLOC per lo stesso periodo di validità	Errore bloccante
COANRIF_C_COAN_int1	DATADISATTIVAZIONE non valorizzata correttamente	La datadisattivazione deve essere <= alla data_fine_gest. DATAFINEGEST è un campo compilato dal sistema alla compilazione della DATADISATTIVAZIONE. Il controllo blocca lo spostamento retroattivo di CDC già chiusi	Errore bloccante
COANRIF_C_COAN_int2	CODCOANSTD	Se il record inviato è un nuovo inserimento (cioè non esiste già nello storico), allora verranno controllate le date di validità dei conti sulle relative ENUM: Verifica che il CODCOANSTD rispetti la corretta sequenza temporale in ENUM.COAN_ANAG_CONTI std, come segue: DATA_INI_GEST <= DATA_ATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA(Trimestre)<= DATA_DISATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA	Errore bloccante
COANRIF_C_COAN_int3	CODCDCSTD	Se il record inviato è una chiusura (cioè esiste già nello storico), allora verranno controllate le date di validità dei conti sulle relative ENUM, ma senza considerare il trimestre di invio: Verifica che il CODCOANSTD rispetti la corretta sequenza temporale in ENUM.COAN_ANAG_CONTI std, come segue: DATA_INI_GEST <= DATA_ATTIVAZIONE(Tracciato)<= DATA_DISATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA	Errore bloccante

## COANRIF\_CDC\_SDO

Tabella 15: Controlli effettuati da SMAF all'acquisizione del flusso, sul foglio COANRIF\_CDC\_SDO

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COANRIF_CDC_SDO_01	Ente non coincidente con ente inviante	Verifica che il campo CODENTE sia corretto rispetto all'ente inviante	Errore bloccante
COANRIF_CDC_SDO_02	DATAATTIVAZIONE maggiore di DATADISATTIVAZIONE	Verifica che la sequenza temporale dei campi DATAATTIVAZIONE e DATADISATTIVAZIONE sia corretta (DATAATTIVAZIONE deve essere <= DATADISATTIVAZIONE)	Errore bloccante
COANRIF_CDC_SDO_03	SEQCDCLOC errato	La sequenza del CDC locale deve essere un codice a 2 caratteri compreso tra 00 e 99	Errore bloccante
COANRIF_CDC_SDO_04	DATAATTIVAZIONE antecedente ultimo periodo Coan Consolidato	La DATAATTIVAZIONE deve essere maggiore rispetto all'ultimo periodo Coan Consolidato e <= del primo giorno del trimestre di competenza.	Errore bloccante
COANRIF_CDC_SDO_05	DATAATTIVAZIONE deve corrispondere ad una delle date di inizio di un trimestre	Verifica campo DATAATTIVAZIONE. GIORNO E MESE della DATAATTIVAZIONE devono essere pari al primo giorno di un trimestre (es."01/01", "01/04", "01/07", "01/10")	Errore bloccante

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COANRIF_CDC_SD O_06	DATADISATTIVAZIONE deve corrispondere ad una delle date di fine di un trimestre	Verifica campo DATADISATTIVAZIONE. (Campo non obbligatorio). GIORNO E MESE della DATADISATTIVAZIONE devono essere pari all'ultimo giorno di un trimestre (es. "31/03", "30/06", "30/09", "31/12")	Errore bloccante
COANRIF_CDCSD O_int1	CODENTE, CODSTRUTTURA	La combinazione CODAZIENDA, CODSTRUTTURA non è presente nella tabella dei dati codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOCUDES. NOTA: I CDCSTD dei reparti sono ammessi solo sulle strutture di tipo RIC (ricovero). I criteri di ammissione dei CDCSTD sui tipi di STRUTTURA è gestita nella tabella ENUM.COAN_CDC_CODSTRU	Errore bloccante
COANRIF_CDCSD O_int2	ENTE-PRESIDIO- CODREPARTOPERSDO non abilitata in TAB_SDO	Verifica che la combinazione ENTE-STRUTTURA-CODREPARTOPERSDO sia attiva nelle tabelle di anagrafica del flusso SDO. NOTA: I record relativi a quanto presente sul flusso SDO hanno validità al 31/12 di ogni anno.	Errore bloccante
COANRIF_CDCSD O_int3	CHIAVE non abilitata in TabRif_CDC	Verifica nell'anagrafica dell'ente che la combinazione CODENTE CODSTRUTTURA CODCDCSTD SEQCDCLOC CODCDCLOC sia attiva nella tabella TabRif_CDC (o che sia valida alla DATAATTIVAZIONE/DATADISATTIVAZIONE indicata)	Errore bloccante
COANRIF_CDCSD O_int4	UNIVOCITA ENTE- CODSTRUTTURA- CDCSTD-CODCDCLOC- SEQCDCLOC non rispettata	Verifica nell'anagrafica dell'ente che la combinazione CODENTE CODSTRUTTURA CODCDCSTD SEQCDCLOC CODCDCLOC non sia ripetuta per lo stesso periodo di validità. La combinazione deve essere unica anche rispetto allo storico di invio.	Warning
COANRIF_CDCSD O_int5	DATADISATTIVAZIONE non valorizzata correttamente	La datadisattivazione deve essere <= alla data_fine_gest. DATAFINEGEST è un campo compilato dal sistema alla compilazione della DATADISATTIVAZIONE. Il controllo blocca lo spostamento retroattivo di CDC già chiusi NOTA: I record relativi a quanto presente sul flusso SDO hanno validità al 31/12 di ogni anno.	Errore bloccante
COANRIF_CDCSD O_int6	CDCREP non transcodificato	Verifica che tutte le combinazioni ENTE STRUTTURA CDCSTD CDCLOC SEQCDCLOC con CODCDCSTD= 3021*, 3022*, 3030* attive nell'anagrafica dell'ente nel foglio TabRif_CDC siano presenti nell'anagrafica dell'ente nel foglio TabRif_CDC_SDO (o che sia valida alla DATAATTIVAZIONE/DATADISATTIVAZIONE indicata)	Warning
COANRIF_CDCSD O_int7	CODREPARTOPERSDO non transcodificato	Verifica che le combinazioni ENTE STRUTTURA REPARTODIMMISSIONI REPARTO-SUBCODICEDIMMISSIONE siano presenti nel flusso SDO. Si considerano esclusivamente i reparti utilizzati in regime DO e DH. Si escludono dal controllo le discipline SA e 99 NOTA: I record relativi a quanto presente sul flusso SDO hanno validità al 31/12 di ogni anno.	Warning
COANRIF_CDCSD O_int8	Disciplina non corrispondente	Verifica che per ogni combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODREPARTOPERSDO presente nella tabella TRANS CDC-REP SDO la combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD, SEQCDCLOC rispetti la coerenza della chiave disciplina, come segue: ultimi 2 caratteri del campo CODCDCSTD = primi 2 caratteri di CODREPARTOPERSDO + campo SEQCDCLOC = ultimi 2 caratteri di CODREPARTOPERSDO Rispetto alla corrispondenza esatta dei codici disciplina, sono consentite le eccezioni legate alle seguenti discipline: - DISCIPLINE REPARTO 73,62,31 - DISCIPLINE REPARTO 31 e 39 - DISCIPLINE REPARTO 31 e 37 - DISCIPLINE REPARTO 56, 60, RM - DISCIPLINE REPARTO SA, 99Eccezione per il CDCSTD 3022145 sul CODREPARTOPERSDO 67xx	Warning

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COANRIF_CDCSD O_int9	CODCDCSTD	Se il record inviato è un nuovo inserimento (cioè non esiste già nello storico), allora verranno controllate le date di validità dei conti sulle relative ENUM: Verifica che il CODCDCSTD rispetti la corretta sequenza temporale in ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD, come segue: DATA_INI_GEST <= DATA_ATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA(Trimestre)<= DATA_DISATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA	Errore bloccante
COANRIF_CDCSD O_int10	CODCDCSTD	Se il record inviato è una chiusura (cioè esiste già nello storico), allora verranno controllate le date di validità dei conti sulle relative ENUM, ma senza considerare il trimestre di invio: Verifica che il CODCDCSTD rispetti la corretta sequenza temporale in ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD, come segue: DATA_INI_GEST <= DATA_ATTIVAZIONE(Tracciato)<= DATA_DISATTIVAZIONE(Tracciato) <= DATA_CHIUSURA	Errore bloccante
trk004	Formato NON Data	Il formato dei campi data non è corretto. NOTA: Il campo data è già obbligato dalla formattazione del template	Errore bloccante
trk005	Valore non in Anagrafica	Verifica sulla tabella ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD del CODCDCSTD utilizzato e delle date di attivazione/disattivazione e del FLAG "S" sulla colonna relativa alla tipologia dell'ente inviante	Errore bloccante
trk006	Valore Obbligatorio	Sono segnalati i campi obbligatori non valorizzati. I valori obbligatori sono TUTTI tranne DATADISATTIVAZIONE	Errore bloccante

## COANRIF\_CUDES\_INTRA

Tabella 16: Controlli effettuati da SMAF all'acquisizione del flusso, sul foglio COANRIF\_CUDES\_INTRA

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COANRIF_CUDES_INTRA_01	Ente non coincidente con ente inviante	Verifica che il campo CODENTE sia corretto rispetto all'ente inviante	Errore bloccante
COANRIF_CUDES_INTRA_02	DATADISATTIVAZIONE maggiore di DATAATTIVAZIONE	Verifica che la sequenza temporale dei campi DATAATTIVAZIONE e DATADISATTIVAZIONE sia corretta (DATAATTIVAZIONE deve essere <= DATADISATTIVAZIONE)	Errore bloccante
COANRIF_CUDES_INTRA_04	DATAATTIVAZIONE antecedente ultimo periodo Coan Consolidato	La DATAATTIVAZIONE deve essere maggiore rispetto all'ultimo periodo Coan Consolidato e <= del primo giorno del trimestre di competenza.	Errore bloccante
COANRIF_CUDES_INTRA_05	DATAATTIVAZIONE deve corrispondere ad una delle date di inizio di un trimestre	Verifica campo DATAATTIVAZIONE. GIORNO E MESE della DATAATTIVAZIONE devono essere pari al primo giorno di un trimestre (es. "01/01", "01/04", "01/07", "01/10")	Errore bloccante
COANRIF_CUDES_INTRA_06	DATADISATTIVAZIONE deve corrispondere ad una delle date di fine di un trimestre	Verifica campo DATADISATTIVAZIONE. GIORNO E MESE della DATADISATTIVAZIONE devono essere pari all'ultimo giorno di un trimestre (es. "31/03", "30/06", "30/09", "31/12")	Errore bloccante
trk004	Formato NON Data	Il formato dei campi data non è corretto. NOTA: Il campo data è già obbligato dalla formattazione del template	Errore bloccante

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
trk006	Valore Obbligatorio	Sono segnalati i campi obbligatori non valorizzati. I campi obbligatori sono TUTTI	Errore bloccante
COANRIF_CUDES_INTRA_int1_a	STRUTTURA NON ABILITATA	La combinazione CODENTE, CUDES_IMMOBILE non è presente nella tabella dei dati codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOCUDES. Bypassano 'Dati Codificati' anche le strutture fittizie specifiche del CDG, aventi codici Cudes: -xxx00000 struttura fittizia aziendale -xxx00001 struttura fittizia territoriale (ASST/IRCSS)	Errore bloccante
COANRIF_CUDES_INTRA_int1_b	STRUTTURA NON ABILITATA	La combinazione CODENTE, CUDES_ATTIVITA' non è presente nella tabella dei dati codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOCUDES. Bypassano 'Dati Codificati' anche le strutture fittizie specifiche del CDG, aventi codici Cudes: -xxx00000 struttura fittizia aziendale -xxx00001 struttura fittizia territoriale (ASST/IRCSS)	Errore bloccante

## 6.5 COAN

### 6.5.1 Tracciati record

La condivisione del flusso COAN avviene con l'invio del file "Flusso\_COAN\_<annoPeriodo>\_<Ente>.xls".

- Il file xls è composto da 4 fogli denominati "TAB": TAB CONTO ECONOMICO – si riportano i propri dati economici per conti di contabilità analitica e centri di costo. I dati devono sempre quadrare con la COGE (Contabilità Generale)
- TAB FLUSSO DEL PERSONALE – si riportano il numero di FTE per profilo professionale per centro di costo
- TAB UTILIZZO SALE OPERATORIE – si riportano le ore di utilizzo delle sale operatorie da parte dei centri di costo utilizzatori
- TAB ORE AGENDA AMB -si riportano le ore di agenda ambulatoriale attribuite ai diversi centri di costo
- TAB INTERPRESIDIO – si dettagliano gli scambi di prestazioni intra-aziendali espresse a livello aggregato nella TAB CONTO ECONOMICO dai conti figurativi di costo e ricavo

Di seguito sono elencati i tracciati record dei fogli che compongono il flusso COAN.

#### 6.5.1.1 Tracciato record TAB CONTO ECONOMICO

Tabella 17: Tracciato record TAB CONTO ECONOMICO

Chiave	Id_campo	Desc_campo	Tipologia	Posizione	Lunghezza	Obbligatorietà
A	CODENTE	CODENTE	CHAR	1	\$10.	OBB

Chiave	Id_campo	Desc_campo	Tipologia	Posizione	Lunghezza	Obbligatorietà
B	CODDISTRETTOSTD <sup>42</sup>	CODDISTRETTOSTD	CHAR	2	\$20.	OBB
C	CODSTRUTTURA	CODSTRUTTURA	CHAR	3	\$20.	OBB
D	CODCDCSTD	CODCDCSTD	ENUM	4	\$50.	OBB
E	SEQCDCLOC	SEQCDCLOC	CHAR	5	\$10.	OBB
F	CODCDCLOC	CODCDCLOC	CHAR	6	\$30.	OBB
G	CODCONTOCOANSTD	CODCONTOCOANSTD	ENUM	7	\$20.	OBB
H	CODCONTOCOANLOC	CODCONTOCOANLOC	CHAR	8	\$100.	OBB
I	IMPORTO	IMPORTO	NUM	9	best12.	OBB
J	PERIODO	PERIODO	CHAR	10	\$10.	OBB
K	ANNO	ANNO	CHAR	11	\$10.	OBB

### 6.5.1.2 Tracciato record TAB ORE AGENDA AMB

Tabella 18: Tracciato record TAB ORE AGENDA AMB

Chiave	Id_campo	Desc_campo	Tipologia	Posizione	Lunghezza	Obbligatorietà
A	CODENTE	CODENTE	CHAR	1	\$10.	OBB
B	CODSTRUTTURA	CODSTRUTTURA	CHAR	2	\$20.	OBB
C	CODCDCSTD	CODCDCSTD	ENUM	3	\$50.	OBB
D	SEQCDCLOC	SEQCDCLOC	CHAR	4	\$10.	OBB
E	CODCDCLOC	CODCDCLOC	CHAR	5	\$30.	OBB
F	ORETOTALIAGENDA	ORETOTALIAGENDA	NUM	6	best12.	OBB
G	PERIODO	PERIODO	CHAR	7	\$10.	OBB
H	ANNO	ANNO	CHAR	8	\$10.	OBB

### 6.5.1.3 Tracciato record TAB FLUSSO DEL PERSONALE

Tabella 19: Tracciato record TAB FLUSSO DEL PERSONALE

Chiave	Id_campo	Desc_campo	Tipologia	Posizione	Lunghezza	Obbligatorietà
A	CODENTE	CODENTE	CHAR	1	\$10.	OBB
B	CODSTRUTTURA	CODSTRUTTURA	CHAR	2	\$20.	OBB
C	CODCDCSTD	CODCDCSTD	ENUM	3	\$50.	OBB
D	SEQCDCLOC	SEQCDCLOC	CHAR	4	\$10.	OBB
E	CODCDCLOC	CODCDCLOC	CHAR	5	\$30.	OBB
F	CODPROFILOPROFSTD	CODPROFILOPROFSTD	ENUM	6	\$10.	OBB
G	NPERSONALEEQUIV	NPERSONALEEQUIV	NUM	7	best12.	OBB
H	PERIODO	PERIODO	CHAR	8	\$10.	OBB
I	ANNO	ANNO	CHAR	9	\$10.	OBB

### 6.5.1.4 Tracciato record TAB UTILIZZO SALE OPERATORIE

Tabella 20: Tracciato record TAB UTILIZZO SALE OPERATORIE

Chiave	Id_campo	Desc_campo	Tipologia	Posizione	Lunghezza	Obbligatorietà
A	CODENTE	CODENTE	CHAR	1	\$10.	OBB

<sup>42</sup> Per il codice distretto è da utilizzarsi il codice previsto dall'anagrafica dati codificati e condiviso con gli enti. Il codice distretto che deve essere compilato sia dalle ATS che dalle ASST. Dal momento che il codice presente in dati codificati si riferisce ai distretti sanitari per quanto riguarda i distretti veterinari rimane in vigore la vecchia codifica prevista dal flusso coan che prevede che ciascuna ATS individua i suoi distretti veterinari attraverso un codice alfanumerico V\*.

Chiave	Id_campo	Desc_campo	Tipologia	Posizione	Lunghezza	Obbligatorietà
B	CODSTRUTTURA	CODSTRUTTURA	CHAR	2	\$20.	OBB
C	CODCDCSTD	CODCDCSTD	ENUM	3	\$50.	OBB
D	SEQCDCLOC	SEQCDCLOC	CHAR	4	\$10.	OBB
E	CODCDCLOC	CODCDCLOC	CHAR	5	\$30.	OBB
F	CODCDCSTDUTILIZZATORE	CODCDCSTDUTILIZZATORE	CHAR	6	\$20.	OBB
G	SEQCDCLOCUTILIZZATORE	SEQCDCLOCUTILIZZATORE	CHAR	7	\$20.	OBB
H	CODCDCLOCUTILIZZATORE	CODCDCLOCUTILIZZATORE	CHAR	8	\$20.	OBB
I	NOREUTILIZZOSO	NOREUTILIZZOSO	NUM	9	best12.	OBB
J	PERIODO	PERIODO	CHAR	10	\$10.	OBB
K	ANNO	ANNO	CHAR	11	\$10.	OBB

## 6.5.2 Controlli applicati

### 6.5.2.1 Verifica package

I controlli sul package sono i primi a essere effettuati all'invio del file e ne verificano i formalismi.

Vengono verificate le seguenti caratteristiche:

- Naming del file inviato: **Flusso\_COAN\_<annoPeriodo>\_<Ente>.xls**
- Estensione del pacchetto di invio (file xls)

Il mancato superamento dei controlli sul package porta ad avere errore bloccante l'invio.

### 6.5.2.2 Verifica parametri

La verifica dei parametri prevede la verifica che i nomi dei fogli contenuti nel file siano corretti (come da template di riferimento). La non correttezza dei nomi dei fogli contenuti nel file porta a un errore di tipo bloccante invio.

### 6.5.2.3 Verifica tracciati

Superati i controlli relativi al package e ai parametri vengono effettuate verifiche sul tracciato sia di tipo formale che di integrità sui singoli record.

Gli errori possono essere di gravità diversa, nel dettaglio:

- "X" nel caso in cui l'invio in test non è andato a buon fine ovvero sono presenti errori bloccanti a seguito dei controlli presenti a sistema per il caricamento della COAN;
- "!" nel caso in cui il caricamento è andato a buon fine ma sono presenti avvertimenti come esito dei controlli presenti a sistema
- "V" nel caso in cui il caricamento è andato a buon fine senza nessuna tipologia di errore bloccante o avvertimento.

È importante sottolineare (e questa regola vale sia per il caricamento della COAN in test che per l'invio definitivo) che **solo i flussi con lo Stato di "Invio" = "X" (errore bloccante) non vengono acquisiti dal sistema poiché sono presenti degli errori bloccanti.** Quindi, nel caso in cui fossero presenti degli

avvertimenti, il sistema acquisisce comunque il flusso caricato dall'ente. Considerate queste logiche di flusso, i controlli eseguiti in acquisizione su SMAF sono esplicitati a seguire per foglio.

## CONTO ECONOMICO (TAB CONTO ECONOMICO - tabella COAN\_CE)

Tabella 21: TAB CONTO ECONOMICO (tabella COAN\_CE)

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COAN_CE_01	AZIENDA incongruente	Verifica che il campo CODENTE sia coerente con l'ente inviante	Errore bloccante
COAN_CE_02	ANNO-PERODO incongruente	Verifica che la combinazione ANNO PERIODO sia coerente con il periodo di invio	Errore bloccante
trk005	Valore non in Anagrafica	Verifica la presenza del CODCDCSTD utilizzato nella tabella ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD, controllando le date di attivazione/disattivazione e il FLAG "S" sulla colonna relativa alla tipologia dell'ente inviante. Lo stesso controllo può scattare sul campo CODCOANSTD, da verificare sulla tabella ENUM.COAN_CONTI_COAN std	Errore bloccante
trk006	Valore Obbligatorio	Sono segnalati i campi non valorizzati. TUTTI i campi sono obbligatori	Errore bloccante
COAN_CE_int1	Combinazione CODENTE, CODDISTRETTOSTD, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD, SEQCDCLOC, CODCDCLOC non presente in TabRif_CDC	Verifica che la combinazione ENTE DISTRETTO STRUTTURA CDCSTD SEQCDCLOC CDCLOC sia attiva all'interno dell'anagrafica dell'ente nella tabella TabRif_CDC (o che sia valida alla DATAATTIVAZIONE/DATADISATTIVAZIONE indicata)	Errore bloccante
COAN_CE_int2	Combinazione CODCONTOCOANSTD, CODCDCSTD non presente in COAN_INCROCI_CONTO_CDC	Verificare che il CODCONTOCOANSTD sia presente nella tabella ENUM.COAN_INCROCI_CONTO_CDC e combinato solo ai medesimi CDCSTD ad esso associati nella tabella Enum.	Errore bloccante
COAN_CE_int3	Struttura non abilitata	Verifica che la combinazione CODAZIENDA, CODSTRUTTURA sia presente nella tabella dei Dati Codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOUCDES.	Errore bloccante
COAN_CE_int4	Esistono conti con saldo positivo ma atteso saldo negativo: conti like	Verifica che i CODCOANSTD siano riportati nella tabella ENUM.COAN_ANAG_42_CERR con tipo <=0. Il campo IMPORTO è positivo ma dovrebbe essere negativo	Errore bloccante
COAN_CE_int5	Esistono conti con saldo negativo ma atteso saldo positivo: conti like	Verifica che i CODCOANSTD siano riportati nella tabella ENUM.COAN_ANAG_42_CERR con tipo >=0. Il campo IMPORTO è negativo ma dovrebbe essere positivo	Errore bloccante
COAN_CE_int6	Errata Imputazione del costo del Personale nei Giroconti	Verifica che i CODCOANSTD siano riportati nella tabella ENUM.COAN_ANAG_42_CERR con tipo "GIRO". In quel caso, il saldo dei conti deve essere 0	Errore bloccante
COAN_CE_int7	Combinazione CODENTE, CODCONTOCOANLOC, CODCONTOCOANSTD non presente in TabRif_C_COAN	Verifica che la combinazione ENTE CODCONTOCOANLOC CODCONTOCOANSTD sia attiva all'interno dell'anagrafica nella tabella TabRif_C_COAN	Errore bloccante
COAN_CE_int8	Campo CODSTRUTTURA non valorizzato correttamente	Verifica che il campo obbligatorio CODSTRUTTURA sia valorizzato	Errore bloccante
COAN_CE_int9	CONTO COAN STANDARD NON BENI E SERVIZI per i periodi A / P	I periodi Preventivo e Assestamento/Pre-consuntivo prevedono l'invio solo di conti di tipo "Beni e Servizi". Verificare sulla tabella ENUM.COAN_ANAG_CONTI std il Flag_beni_servizi "S"	Errore bloccante
COAN_CE_int10	Valorizzazione della singola riga con valore negativo	Per la combinazione CODENTE, CODCONTOCOANSTD, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD, SEQCDCLOC e CODCONTOCOANLOC il campo IMPORTO è < 0, dove CODCDCSTD≠9999* e CODCONTOCOANSTD non è presente in ENUM.COAN_CONTI_NEGATIVI con il FLAG_NEGATIVO "S"	Errore bloccante

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COAN_CE_int11_1	Saldo negativo per la combinazione CODENTE, CODCOANSTD	Saldo combinazione CODENTE, CONTOCOANSTD < 0, dove CODCONTOCOANSTD non è presente in ENUM.COAN_CONTI_NEGATIVI	Errore bloccante
COAN_CE_int11_2	Saldo negativo per la combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD e ID_SALDO	Dove CODCDCSTD#9999* allora, per i CODCONTOCOANSTD presenti in ENUM.COAN_CONTI_NEGATIVI con valorizzato il campo ID_SALDO, il controllo è da intendersi come segue: Saldo combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD, ID_SALDO <0. L'errore è bloccante.  NOTA: Il campo ID_SALDO si riferisce al raggruppamento dei codici CODCONTOCOANSTD presente in ENUM.COAN_CONTI_NEGATIVI	Errore bloccante
COAN_CE_int12 (nuovo)	Fattore Figurativo	La somma dell'IMPORTO tra CODCONTOCOANSTD 41* e il corrispettivo CODCONTOCOANSTD 73* a livello di ente, presenti nella tabella ENUM.COAN_CONTI_FIGURATIVI e utilizzati in TAB_CE, deve avere saldo zero. Il controllo ammette un range di tolleranza pari a ± €1.	Errore bloccante

## ORE AGENDA AMB (TAB ORE AGENDA AMB - tabella COAN\_AGAMB)

Tabella 22: TAB ORE AGENDA AMB - tabella COAN\_AGAMB

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COAN_AGAMB_01	AZIENDA incongruente	Verifica che il campo CODENTE sia coerente con l'ente inviante	Errore bloccante
COAN_AGAMB_02	ANNO-PERiodo incongruente	Verifica che la combinazione ANNO PERIODO sia coerente con il periodo di invio	Errore bloccante
trk005	Valore non in Anagrafica	Verifica sulla tabella ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD del CODCDCSTD utilizzato e delle date di attivazione/disattivazione	Errore bloccante
trk006	VALORE OBBLIGATORIO	Sono segnalati i campi non valorizzati. TUTTI i campi sono obbligatori	Errore bloccante
COAN_AGAMB_int1	Combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD, SEQCDCLOC, CODCDCLOC non presente in TabRif_CDC	Verifica che la combinazione ENTE  STRUTTURA CDCSTD SEQCDCLOC CDCLOC sia attiva all'interno dell'anagrafica dell'ente nella tabella TabRif_CDC (o che sia valida alla DATAATTIVAZIONE/DATADISATTIVAZIONE indicata)	Errore bloccante
COAN_AGAMB_int2	Struttura non abilitata	La combinazione CODAZIENDA, CODSTRUTTURA non è presente nella tabella dei dati codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOCODES.	Errore bloccante

## FLUSSO DEL PERSONALE

Tabella 23: Tabella Flusso del personale

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COAN_PERS_01	AZIENDA incongruente	Verifica che il campo CODENTE sia corretto rispetto all'ente inviante	Errore bloccante
COAN_PERS_02	ANNO-PERiodo incongruente	Verifica che la combinazione ANNO PERIODO sia coerente con il periodo di invio	Errore bloccante
trk005	Valore non in Anagrafica	Verifica sulla tabella ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD del CODCDCSTD utilizzato e delle date di attivazione/disattivazione e del FLAG "S" sulla colonna relativa alla tipologia dell'ente inviante. Lo stesso controllo può scattare sul campo CODPROFILOPROFSTD, da verificare sulla tabella ENUM.COAN_ANAG_PERSONALE	Errore bloccante
trk006	VALORE OBBLIGATORIO	Sono segnalati i campi non valorizzati. TUTTI i campi sono obbligatori	Errore bloccante

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COAN_PERS_in t1	Combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD, SEQCDCLOC, CODCDCLOC non presente in TabRif_CDC	Verifica che la combinazione ENTE DISTRETTO STRUTTURA CDCSTD SEQCDCLOC CDCLOC sia attiva all'interno dell'anagrafica dell'ente nella tabella TabRif_CDC (o che sia valida alla DATAATTIVAZIONE/DATADISATTIVAZIONE indicata)	Errore bloccante
COAN_PERS_in t2	Struttura non abilitata	La combinazione CODAZIENDA, CODSTRUTTURA non è presente nella tabella dei dati codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOCUDES.	Errore bloccante
COAN_PERS_in t3	Totale teste positivo ma atteso saldo negativo: profilo	Verifica che i CODPROFILOPROFSTD siano riportati nella tabella ENUM.COAN_ANAG_51_CERR con tipo <=0. In quel caso, verificare il campo NPERSONALEEQUIV	Errore bloccante
COAN_PERS_in t4	Totale teste negativo ma atteso saldo positivo: profilo	Verifica che i CODPROFILOPROFSTD siano riportati nella tabella ENUM.COAN_ANAG_51_CERR con tipo >=0. In quel caso, verificare il campo NPERSONALEEQUIV	Errore bloccante
COAN_PERS_in t5	Errata Imputazione delle Teste FTE nei Giroconti	Verifica che i CODPROFILOPROFSTD siano riportati nella tabella ENUM.COAN_ANAG_51_CERR con tipo "GIRO". In quel caso, il saldo dei profili deve essere 0	Errore bloccante
COAN_PERS_in t6	Campo CODSTRUTTURA non valorizzato correttamente	Verifica che il campo obbligatorio CODSTRUTTURA sia valorizzato	Errore bloccante

## UTILIZZO SALE OPERATORIE

Tabella 24: Tabella Utilizzo sale operatorie

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COAN_SALOP_01	AZIENDA incongruente	Verifica che il campo CODENTE sia corretto rispetto all'ente inviante	Errore bloccante
COAN_SALOP_02	ANNO-PERIODO incongruente	Verifica che la combinazione ANNO PERIODO sia coerente con il periodo di invio	Errore bloccante
COAN_SALOP_04	CDC STANDARD BLOCCO errato	Verifica che il campo CODSTDSTD sia uguale a 3050310	Errore bloccante
trk005	Valore non in Anagrafica	Verifica sulla tabella ENUM.COAN_ANAG_CDC_STD del CODCDCSTDUTILIZZATORE utilizzato e delle date di attivazione/disattivazione	Errore bloccante
trk006	VALORE OBBLIGATORIO	Sono segnalati i campi non valorizzati. TUTTI i campi sono obbligatori	Errore bloccante
COAN_SALOP_i nt1	Combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD, SEQCDCLOC, CODCDCLOC non presente in TabRif_CDC	Verifica che la combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTD, SEQCDCLOC, CODCDCLOC sia attiva all'interno dell'anagrafica dell'ente nella tabella TabRif_CDC	Errore bloccante
COAN_SALOP_i nt2	Struttura non abilitata	La combinazione CODAZIENDA, CODSTRUTTURA non è presente nella tabella dei dati codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOCUDES.	Errore bloccante

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COAN_SALOP_i nt3	Combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTDUTILIZZATORE, CODCDCLOCUTILIZZATORE, SEQCDCLOCUTILIZZATORE non presente in TabRif_CDC	Verifica che la combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA, CODCDCSTDUTILIZZATORE, CODCDCLOCUTILIZZATORE, SEQCDCLOCUTILIZZATORE sia attiva all'interno dell'anagrafica dell'ente nella tabella TabRif_CDC (o che sia valida alla DATAATTIVAZIONE/DATADISATTIVAZIONE indicata)	Errore bloccante

## Controlli formali e rispettiva gravità sul file INTER

Tabella 25: Controlli formali e rispettiva gravità sul file INTER

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
COAN_INTER_0 1	Ente non coincidente con ente inviante	Verifica che il campo CODENTE sia corretto rispetto all'ente inviante	Errore bloccante
COAN_INTER_0 2	Coppia ANNO-PERIODO non coincidente con quella selezionata	Verifica che la combinazione ANNO PERIODO sia coerente con il periodo di invio	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt1	Combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA_prod, CODCDCSTD_prod, SEQCDCLOC_prod, CODCDCLOC_prod non presente in TAB_COAN_CDC	Verifica che la combinazione lato "prod" ENTE  STRUTTURA CDCSTD SEQCDCLOC CDCLOC sia attiva all'interno dell'anagrafica dell'ente nella tabella TabRif_CDC	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt2	Combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA_acq, CODCDCSTD_acq, SEQCDCLOC_acq, CODCDCLOC_acq non presente in TAB_COAN_CDC	Verifica che la combinazione lato "acq" ENTE  STRUTTURA CDCSTD SEQCDCLOC CDCLOC sia attiva all'interno dell'anagrafica dell'ente nella tabella TabRif_CDC	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt3	Combinazione CODCONTOCOANSTD_acq, CODCDCSTD_acq non presente in Tab_incroci_conto_cdc	Verificare che il CODCONTOCOANSTD_acq sia presente nella tabella ENUM.COAN_INCROCI_CONTO_CDC. Se è presente, vuol dire che può essere attribuito solo ai CDCSTD ad esso abbinati nella tabella enum.	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt4	Combinazione CODCONTOCOANSTD_prod, CODCDCSTD_prod non presente in Tab_incroci_conto_cdc	Verificare che il CODCONTOCOANSTD_prod sia presente nella tabella ENUM.COAN_INCROCI_CONTO_CDC. Se è presente, vuol dire che può essere attribuito solo ai CDCSTD ad esso abbinati nella tabella enum.	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt5	Struttura non abilitata	La combinazione CODAZIENDA, CODSTRUTTURA non è presente nella tabella dei dati codificati o in tabella operativa ENUM.COAN_COD_NOCUDES.	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt6	Conto di ricavo figurativo errato	Verifica sulla tabella ENUM.COAN_CONTI_INTERPRESIDIO che sia presente il CODCONTOCOANSTD_prod utilizzato	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt7	Conto di costo figurativo errato	Verifica sulla tabella ENUM.COAN_CONTI_INTERPRESIDIO che sia presente il CODCONTOCOANSTD_acq utilizzato	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt8	Conto figurativo non dettagliato	I CODCONTOCOANSTD che sono presenti nella tabella ENUM.COAN_CONTI_INTERPRESIDIO e sono stati utilizzati in COAN_CE devono essere presenti anche in COAN_INTER	Errore bloccante
COAN_INTER_i nt9	Combinazione CODENTE, CODCONTOCOANLOC_acq, CODCONTOCOANSTD_acq non presente in TAB_COAN_C_COAN	Verifica che la combinazione lato "acq" ENTE  CODCONTOCOANLOC CONTOCOANSTD sia attiva all'interno dell'anagrafica dell'ente nella tabella TabRif_C_COAN (o che sia valida alla DATAATTIVAZIONE/DATADISATTIVAZIONE indicata)	Errore bloccante

Cod. Controllo	ERRORE	DESCRIZIONE	Tipologia
<b>COAN_INTER_i nt10</b>	Combinazione CODENTE, CODCONTOCOANLOC_prod, CODCONTOCOANSTD_prod non presente in TAB_COAN_C_COAN	Verifica che la combinazione lato “prod” ENTE  CODCONTOCOANLOC CONTOCOANSTD sia attiva all’interno dell’anagrafica dell’ente nella tabella TabRif_C_COAN (o che sia valida alla DATAATTIVAZIONE/DATADISATTIVAZIONE indicata)	Errore bloccante
<b>COAN_INTER_i nt11</b>	Saldo combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA_acq,, CODCONTOCOANSTD _acq diverso da saldo tab_ce	Verifica che i saldi sulla combinazione lato “acq” ENTE STRUTTURA CODCONTOCOANSTD tra il foglio COAN_INTER e il foglio COAN_CE siano uguali	Errore bloccante
<b>COAN_INTER_i nt12</b>	Saldo combinazione CODENTE, CODSTRUTTURA_prod, CODCONTOCOANSTD _prod diverso da saldo tab_ce	Verifica che i saldi sulla combinazione lato “prod” ENTE STRUTTURA CODCONTOCOANSTD tra il foglio COAN_INTER e il foglio COAN_CE siano uguali. Il controllo ammette un range di tolleranza +/- 10 €	Errore bloccante
<b>COAN_INTER_i nt13</b>	Valore negativo singola riga	Verifica che le singole righe non abbiano valori negativi (ovvero < 0)	Errore bloccante

## **ALLEGATI**

## Allegato 1: Il servizio trasfusionale

### Modalità di rilevazione di costi e ricavi dell'attività trasfusionale ai fini della Contabilità Analitica RL

Alla luce delle necessità sia regionali (AREU) che nazionali (modello di rilevazione dei costi per livello di assistenza) di monitoraggio di costi e ricavi dell'attività trasfusionale, si rende necessario ridefinire in modo puntuale il sistema di contabilità analitica relativo a quest'area.

Prima di addentrarsi nei meccanismi contabili di rilevazione di costi e di ricavi, in accordo con AREU, si è cercato di sintetizzare attività e processi che ricadono nell'area trasfusionale.

Il processo parte dalla selezione dei donatori e si conclude con l'assegnazione degli emocomponenti al paziente, secondo il seguente schema:

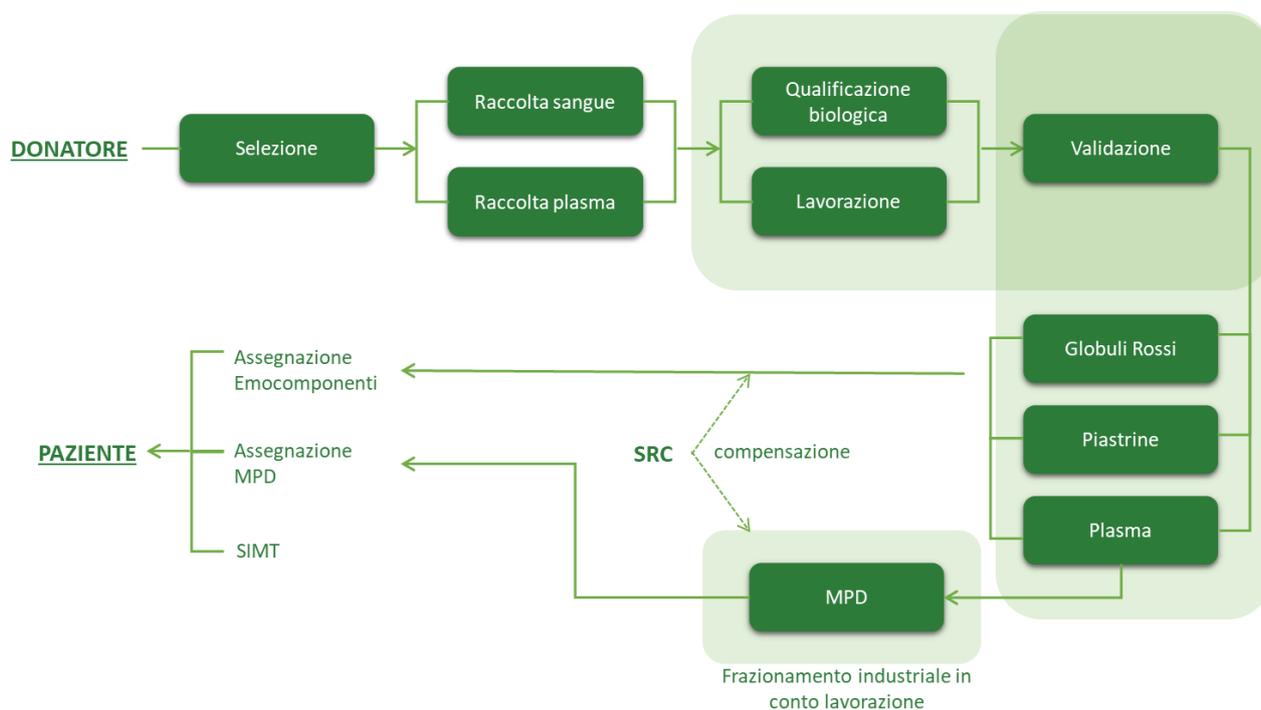


Figura 8: Schematizzazione del servizio trasfusionale

In regione Lombardia tale attività è organizzata su due differenti livelli di offerta:

- I centri di raccolta, lavorazione, validazione, distribuzione e assegnazione → SIMT dotati di CLV, che sono 9 in tutta la regione, ed includono il SIMT del presidio specifico;
- I centri di raccolta, distribuzione e assegnazione → SIMT senza CLV, circa una quarantina tra ASST e IRCCS

Obiettivo finale del percorso è quello di poter analizzare costi e ricavi dell'attività trasfusionale nelle seguenti componenti:

- Raccolta, distribuzione e assegnazione (SIMT);
- Lavorazione e validazione (CLV);
- Attività diagnostica di laboratorio (laboratorio di medicina trasfusionale).

Per fare ciò è necessario che, in primis, **l'attività dell'area trasfusionale** (raccolta, lavorazione, validazione, distribuzione e assegnazione) **venga contabilmente separata dall'attività diagnostica** effettuata dal laboratorio di medicina trasfusionale e immunoematologia che lavora per il SIMT (qualificazione biologica, validazione, compatibilità, eventuali esami su donatori, etc.) e in routine per i pazienti (ambulatoriali e/o ricoverati).

Dal momento che, tipicamente, le due attività (quella del SIMT e quella di laboratorio di medicina trasfusionale) afferiscono ad un unico responsabile, in azienda è sempre individuabile uno specifico CdR ed **è necessario che esso venga scomposto in almeno due cdc locali**. Se è pur vero che il cliente principale del laboratorio di medicina trasfusionale è il servizio trasfusionale, è anche vero che il servizio presta la propria attività per altri clienti, sia aziendali (reparti, servizi, etc.) che esterni, e che esistono aziende nelle quali l'attività potrebbe essere addirittura erogata dal laboratorio di chimica-clinica con linee ad hoc per l'attività trasfusionale<sup>43</sup>: si rende, quindi, necessario **separare la rilevazione dei costi**, procedendo con l'attribuzione diretta di quelli relativi a beni e servizi (farmaci, DM, reagenti, service, utenze, personale esclusivo, etc.) e con la riallocazione percentuale del personale non direttamente attribuibile alle singole linee di attività.

È indispensabile che in tutte le aziende siano attivati e movimentati in azienda:

- Un cdc locale per il laboratorio di medicina trasfusionale, con cdc standard 2061209;
- Un cdc locale per l'attività di raccolta di sangue ed emocomponenti, conservazione e assegnazione (SIMT), con cdc standard 3050217;
- Nelle aziende nelle quali è attivo un CLV, un cdc locale specifico per l'attività di lavorazione, validazione, conservazione e distribuzione del sangue, inteso come un "di cui" dell'attuale SIMT; per questa attività è stato attivato un nuovo cdc standard 3070217 "Servizio Trasfusionale attività di lavorazione e validazione (CLV)"<sup>44</sup>.

Si riepilogano nella tabella seguente le tre linee di attività:

Tabella 26: Linee di attività del servizio trasfusionale

ATTIVITÀ	DETTAGLIO
<b>Laboratorio medicina trasfusionale e immunoematologia</b>	IMMUNOEMATOLOGIA; CITOFLUOMETRIA; EMATOLOGIA; EMATOLOGIA; TIPIZZAZIONE TESSUTALE E AUTOIMMUNITÀ'
<b>SIMT</b>	RACCOLTA SANGUE/EMOCOMPONENTI; CONTROLLI AI DONATORI (ESCLUSA DIAGNOSTICA LABORATORIO); CONSERVAZIONE E GESTIONE EMOTECA; CONSERVAZIONE E GESTIONE EMOTECA; ASSEGNAZIONE
<b>CLV</b>	FRAZIONAMENTO E LAVORAZIONE; SIEROIMMUNOLOGIA E NAT; IMMUNOEMATOLOGIA PER CONTROLLO GRUPPO; IMMUNOEMATOLOGIA PER CONTROLLO GRUPPO; CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE (COMPRESA INDUSTRIA)

Con riferimento all'attività del SIMT, si è consapevoli che lo stesso, oltre all'attività di raccolta, svolge anche attività ambulatoriale terapeutica e di cura (afèresi terapeutica, TAO, etc.). Poiché, però, le indicazioni nazionali individuano l'attività trasfusionale quale attività di esclusiva competenza del livello ospedaliero,

<sup>43</sup> Queste ultime devono porre una particolare attenzione alla corretta allocazione dei costi per distinguere le prestazioni di medicina trasfusionale da quelle di chimica clinica, al fine di garantire il corretto ribaltamento dei costi figurativi.

<sup>44</sup> Il nuovo cdc dovrà essere attivato dal IV trimestre 2019.

non consentendo di separare l'attività ambulatoriale erogata ad esterni, si è valutato di individuare un solo cdc per il flusso di coan regionale (3050217) e di lasciare alle singole aziende la facoltà di spostare eventuali costi sul livello di assistenza specialistica ambulatoriale – attività clinica prodotta in ambito ospedaliero solo in fase di elaborazione annuale del modello LA (livello 2G113).

Di seguito si esplicitano le modalità di suddivisione di costi e ricavi tra Servizio Trasfusionale (raccolta-assegnazione 3050217), CLV (lavorazione-validazione 3070217) e Laboratorio di medicina trasfusionale (2061209) per ciascuna attività collegata al circuito del sangue:

Tabella 27: Modalità di suddivisione di costi e ricavi tra Servizio Trasfusionale, CLV e Laboratorio di medicina trasfusionale

ATTIVITA'	DETTAGLIO	CDC_STD
<b>Raccolta sangue e plasma da donatori (in proprio o tramite associazioni)</b>	Attività di raccolta effettuata dal personale medico e infermieristico all'atto della donazione o convenzione	3050217
	Esami di laboratorio di routine effettuati sul donatore o eventuali esami di verifica prima dell'invio della sacca al CLV	2061208 e/o 2061209 con ribaltamento a tariffa sul cdc 3050217 attraverso i ricavi/costi figurativi
<b>Lavorazione (solo CLV)</b>	Frazionamento, congelamento, assemblaggio, confezionamento, test di virologia molecolare (NAT), immunoematologia per controllo gruppo, sieroimmunologia (se esclusiva <sup>45</sup> ), etc.	3070217
<b>Diagnostica di laboratorio</b>	Immunoematologia, citofluorimetria, emocromo, tipizzazione tissutale, autoimmunità	2061208 e/o 2061209 con ribaltamento a tariffa sul cdc utilizzatori attraverso i ricavi/costi figurativi (reparti, ambulatori, CLV o SIMT)
<b>Validazione biologica</b>		2061208 e/o 2061209 con ribaltamento a tariffa sul cdc 3070217 attraverso i ricavi/costi figurativi
<b>Attività ambulatoriale</b>	Monitoraggio malattie ematologiche, immunologia e allergologia, terapie infusionali, etc.	3050217 (eventualmente da spostare per modello LA)
<b>Distribuzione dei co-prodotti (globuli rossi, piastrine, plasma)</b>	Conservazione, gestione cessioni e compensazioni a ospedali, cessione all'industria, trasporto, etc.	3070217
<b>Assegnazione degli emocomponenti</b>	Esami di compatibilità	2061209 con ribaltamento a tariffa al reparto di ricovero del paziente
	Assegnazione della sacca al paziente effettuata dal medico del trasfusionale	3050217
	Costo della sacca	reparto di ricovero del paziente (costo reale da bilancio FP 7010300* se la sacca è stata effettivamente acquistata all'esterno dell'azienda, FP figurativo 733050217 quando la sacca è distribuita dal CLV aziendale)

Quindi:

<sup>45</sup> Le aziende con processi integrati devono imputare i costi sul cdc\_std 2061209 e ribaltare a tariffa l'attività sulle sacche e sui pazienti (routine).

- 1) Il cdc\_std 2061209 “Laboratorio di medicina trasfusionale” raccoglie i costi e i ricavi delle attività diagnostiche e di immunoematologia per esterni (28/SAN), donatori e interni (sui pazienti ricoverati o sulle sacche in lavorazione/assegnazione);
- 2) Il cdc\_std 3050217 “SIMT (raccolta di sangue ed emocomponenti, conservazione e assegnazione)” raccoglie i costi e ricavi della raccolta, distribuzione e assegnazione più l’attività terapeutica ambulatoriale, compresi i costi figurativi delle prestazioni del laboratorio di medicina trasfusionale;
- 3) Il cdc\_std 3070217 “Servizio Trasfusionale attività di lavorazione e validazione (CLV)” raccoglie i costi della lavorazione, validazione (compresa virologia molecolare e sieroimmunologia se esclusiva) e distribuzione, compreso il costo figurativo per l’acquisto di prestazioni dal laboratorio di medicina trasfusionale per la qualificazione biologica e la validazione delle sacche.

Come già indicato in premessa, la presenza di un solo CdR con personale promiscuo alle diverse attività richiede di impostare specifici algoritmi che consentano di separare i costi, mentre i costi di beni e servizi possono essere registrati direttamente sui cdc locali specifici (ordini e scarichi di magazzino)<sup>46</sup>.

Ai cdc del SIMT (3050217) e del CLV (3070217), come già anticipato, devono essere ricondotti tramite **fattore di costo figurativo valorizzato a tariffa** i costi dei seguenti esami effettuati dal laboratorio di medicina trasfusionale o dal laboratorio analisi (2061209/2061208):

- Esami di routine sul donatore;
- Eventuali esami di controllo sul donatore al momento della raccolta;
- Esami di qualificazione biologica e validazione sulle sacche.

**Gli esami di compatibilità preassegnazione su paziente e sacca vanno, invece, attribuiti al reparto di ricovero** del paziente. Al laboratorio che ha effettuato gli esami (2061209 o 2061208 a seconda delle realtà specifiche) va ricondotto il corrispondente ricavo figurativo<sup>47</sup>.

Il cdc standard 3050217 dovrà accogliere:

- Tutti i costi della raccolta e del personale addetto alla stessa,
- I costi valorizzati con fp fittizio degli eventuali esami di laboratorio come precedentemente definito,
- Il costo del personale per l’assegnazione della sacca al paziente e per la distribuzione ad altre aziende,
- I ricavi della vendita di sacche al CLV (reali per chi cede a CLV esterno e figurativi per chi cede a CLV interno aziendale) e/o di eventuali emoderivati/emocomponenti ceduti all’esterno,
- I ricavi figurativi del trasferimento ai reparti o ai cdc di distribuzione file f delle sacche di emoderivato ricevute a costo zero (vedi appendice).

Il cdc standard 3070217 dovrà accogliere:

- I costi di lavorazione (compreso il costo del personale dei beni e dei servizi),

<sup>46</sup> Laddove la separazione dei costi, esclusivamente per i presidi dove non è attivo il CLV, debba essere fatta a posteriori per soddisfare le richieste del debito informativo regionale, si suggerisce di lavorare sulle CND specifiche per separare i materiali della raccolta da quelli dell’attività diagnostica.

<sup>47</sup> Laddove gli esami di routine sui donatori, rendicontati in 28/san con tipologia M, vengano eseguiti, questi devono essere valorizzati a tariffa sul fattore produttivo 412061208/9 e ribaltati sul cdc\_std 3050217 con fattore figurativo di costo 732061208.

- I costi per esami di qualificazione biologica e validazione (FP fittizio valorizzato a tariffa),
- I ricavi per vendita a terzi di emocomponenti ed emoderivati come da bilancio,
- I ricavi figurativi, valutati a tariffa, per la cessione di sacche ai reparti.

La tabella seguente individua i fattori produttivi di registrazione dei ricavi sul trasfusionale:

Tabella 28: Fattori produttivi di registrazione dei ricavi sul trasfusionale

CDC	Soggetto acquirente	Fattore produttivo ricavo	Descrizione
3070217 o 3050217	Altre aziende	403010010 403010110 403010120 403010060 403010070	Rimborsi per cessione di emoderivati, sangue o emocomponenti
	Reparti o File F	413050217	Ricavi figurativi per la fornitura interna di prodotti ematici

La tabella seguente schematizza quanto fin qui definito:

Tabella 29: Riepilogo della gestione del Servizio trasfusionale in contabilità analitica

	Costi attribuiti	Ricavi attribuiti
<b>SIMT (3050217)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale impiegato nella raccolta</li> <li>• Materiali di consumo</li> <li>• Convenzione con associazioni</li> <li>• Costo figurativo esami di routine donatori</li> <li>• Costo figurativo eventuali esami richiesti al momento della donazione</li> <li>• Costo figurativo di verifica compatibilità sulla sacca</li> <li>• Personale medico/biologo che assegna la sacca al paziente da trasfondere</li> <li>• Costi attività ambulatoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cessione sacche a CLV (Tariffa AREU)</li> <li>• Emoderivati acquistati a costo zero e assegnati ai reparti a tariffa regionale</li> <li>• Rimborsi per la cessione di emoderivati (eventuale e solo se in eccedenza rispetto al fabbisogno)</li> <li>• Ricavi attività ambulatoriale</li> </ul>
<b>CLV (3070217)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale impiegato nella lavorazione, nei test di virologia molecolare (NAT)/sieroinmunologia (se esclusiva) e nella distribuzione, compresi TSLB</li> <li>• Kit NAT e materiali di consumo sieroinmunologia (se esclusiva)</li> <li>• Costo figurativo esami di qualificazione biologica e validazione</li> <li>• Manutenzione e ammortamento attrezzature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cessione emocomponenti a privato</li> <li>• Cessione emocomponenti Intercompany</li> <li>• Rimborsi per la cessione di emoderivati</li> <li>• Cessione emocomponenti ed emoderivati ai propri reparti</li> <li>• Emocomponenti ed emoderivati distribuiti come File F</li> </ul>
<b>laboratorio di medicina trasfusionale (2061209)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigenti (Medici/Non Medici)</li> <li>• Tecnici di laboratorio impiegati nelle attività di diagnostica</li> <li>• DM, Reagenti, kit diagnostici, etc.</li> <li>• Servizi</li> <li>• Costo attrezzature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestazioni a tariffa SSN</li> <li>• Figurativo Esami di routine donatori</li> <li>• Figurativo eventuali esami in fase di raccolta</li> <li>• Figurativo Esami di qualificazione biologica in fase di lavorazione (CLV)</li> <li>• Figurativo esami su pazienti richiesti da reparti</li> <li>• Figurativo esami compatibilità</li> </ul>

Si precisa di seguito l'elenco dei fattori produttivi presenti nel CE e dei fattori figurativi specifici per tali cdc:

Tabella 30: Fattori produttivi – Servizio trasfusionale, CLV, Laboratorio di medicina trasfusionale

Fattore	Descrizione
403010210	Rimborsi per Cessione di emocomponenti e cellule staminali Extraregione
403010060	Rimborsi per Cessione di farmaci ed emoderivati intercompany

Fattore	Descrizione
403010070	Rimborsi per Cessione di sangue ed emocomponenti intercompany
403010110	Rimborsi per Cessione di farmaci ed emoderivati privato
403010120	Rimborsi per Cessione di sangue ed emocomponenti da privato
701020010	Emoderivati
701020020	Emoderivati da Privati SOLAMENTE OVE GESTITI NELL'AMBITO DEL CONSORZIO INTERREGIONALE]
701020030	Emoderivati (Doppio Canale ex Nota CUF 37)
701020040	Emoderivati intercompany ESCLUSI EMODERIVATI GESTITI VIA CONSORZIO INTERREGIONALE]
701020050	Emoderivati intercompany SOLAMENTE OVE GESTITI NELL'AMBITO DEL CONSORZIO INTERREGIONALE]
701020060	Emoderivati da Az. Pubbliche ExtraRegione SOLAMENTE OVE GESTITI NELL'AMBITO DEL CONSORZIO INTERREGIONALE]
701020070	Emoderivati (Doppio Canale ex Nota CUF 37) da ATS/ASST/Fondazioni della Regione
701030010	Sangue ed emocomponenti intercompany
701030020	Sangue ed emocomponenti ExtraRegione
701030030	Sangue ed emocomponenti
732061209	Costi per prestazioni di immunoematologia e compatibilità per interni
733070209	Costi per prestazioni di qualificazione biologica e validazione a tariffa
733050217	Costi per la fornitura interna di prodotti ematici (tariffa accordo CSR n. 168 del 20/10/2015)
412061209	Ricavi per prestazioni di immunoematologia e compatibilità per interni
413070209	Ricavi per prestazioni di qualificazione biologica e validazione
413050217	Ricavi per la fornitura interna di prodotti ematici (tariffa accordo CSR n. 168 del 20/10/2015)

Si forniscono di seguito alcune precisazioni ulteriori:

### Costi del Personale

Normalmente, il personale afferisce tutto ad un unico CdR Servizio trasfusionale. Al momento della ripartizione dei costi nelle due/tre linee di attività, occorre tenere presente delle diverse professionalità. I tecnici di laboratorio, normalmente, sono impiegati nelle attività di diagnostica o dedicati al CLV, quindi ci si attende che vengano imputati solo ai cdc\_std 2061209 e 3070217, mentre i medici ematologi e i biologi possono essere imputati ai cdc\_std 2061209, 3070217 o 3050217 a seconda dell'attività, per prevalenza o pro quota.

### Emocomponenti ed emoderivati

I costi di acquisto di emocomponenti/emoderivati da bilancio dovranno essere **imputati al cdc utilizzatore finale** in analogia al farmaco.

È nota la variabile relativa al sistema di raccolta del plasma A e B (da aferesi e, solo per i CLV, da sangue intero) e acquisto di emoderivati in conto lavorazione attraverso il sistema regionale (acquisto a costo zero senza rilevanza in bilancio) o ricorrendo al mercato/sistema al di sopra della propria quota di competenza (acquisto a costo reale con rilevanza in bilancio). Poiché una parte degli acquisti di emoderivati (farmaco plasma derivato con AIC) è "remunerata" attraverso la raccolta del plasma e la cessione all'industria, l'attribuzione dell'emoderivato direttamente al cdc utilizzatore finale implica l'impossibilità di un confronto omogeneo tra chi utilizza emoderivato a costo zero e chi lo utilizza a valore di mercato/tariffa. Pertanto, occorre che l'acquisto di emoderivati da bilancio (a tariffa regionale o a prezzo di mercato) venga imputato al cdc utilizzatore finale, mentre **l'emoderivato a costo zero dovrà "transitare" dal cdc\_std 3050217/3070217 ed essere attribuito al cdc utilizzatore finale (reparto o file F) a tariffa regionale mediante i fp figurativi**. L'eventuale cessione ad altri enti di emoderivati acquistati e non utilizzati o eccedenti il fabbisogno dovrà essere attribuita, come risultante da bilancio, al cdc\_std 3050217 (seguendo il costo della raccolta).

## ***Allegato 2: La rete dei laboratori analisi***

Si precisa che il meccanismo di rilevazione degli scambi di prestazioni tra punti prelievo/laboratori spoke e laboratori ospedalieri Hub dovrà essere alimentato a prescindere dalla presenza cdc standard laboratorio. Quindi laddove non sia funzionante un laboratorio analisi neppure spoke (poliambulatorio extra-ospedaliero o centro prelievi del poliambulatorio ospedaliero), il costo del centro prelievi dovrà essere ricondotto al cdc\_std del poliambulatorio attività clinica (2061100), così come il ricavo delle ricette relative ad esami di laboratorio e il costo figurativo delle lavorazioni pari all'ammontare complessivo della ricetta.

Nelle nuove Linee Guida, infatti, è stato chiesto di semplificare il modello accorpando nell'unico cdc\_std 2061100 "Poliambulatorio attività clinica" le attività dei poliambulatori e l'attività di prelievo per analisi di laboratorio (il cdc standard del centro prelievi è stato chiuso e, pertanto, il costo del centro prelievi va ricondotto al cdc\_std 2061100).

Questo significa che tutti i ricavi registrati in 28/san su una struttura nella quale non esista un laboratorio analisi, sia su Cudes territoriali che ospedaliere, devono essere registrati sul cdc standard 2061100 Poliambulatorio attività clinica; allo stesso cdc\_std vanno ricondotti sia i costi del centro prelievi che il costo figurativo delle lavorazioni eseguite in Hub o Spoke dell'azienda. Va quindi valorizzato a tariffa il fattore produttivo 731010228 "Costi delle lavorazioni di esami di diagnostica in vitro eseguiti da Hub per conto di Spoke" (che vale anche per scambi spoke-spoke) per un importo complessivo pari al ricavo della ricetta. Tali costi confluiranno come ricavi dell'Hub o dello spoke che ha eseguito le prestazioni, cdc\_std 2061208 o 2061228, nel fattore produttivo 411010228 "Ricavi Fornitura prestazioni di diagnostica in vitro da Hub a Spoke".

Non bisogna quindi confondere il cdc e il fattore produttivo: il costo fittizio **non è un costo esclusivamente attribuibile ai piccoli laboratori, ma anche ai poliambulatori laddove esista solo il centro prelievi**.

Riassumendo, sulle Cudes dei poliambulatori ospedalieri dovranno essere attivati tutti cdc\_std di tipo 2061\* esistenti, mentre i poliambulatori territoriali avranno solo i cdc\_std 2061100 e 2061269 (laddove esistente). I presidi ospedalieri rileveranno l'attività del centro prelievi e, laddove non esista neppure uno spoke, il costo figurativo delle lavorazioni esternalizzate sul poliambulatorio ospedaliero attività clinica (2061100).

Sul cdc\_std del poliambulatorio (strutture territoriali o centro prelievi ospedaliero) ci saranno:

- Ricavi diretti (28/san) per prestazioni di laboratorio (ad esempio € 100.000, ipotizzando che tutti i campioni siano inviati all'hub)
- Ricavi diretti (28/san) per visite o altro
- Costi diretti, compresi tutti quelli del centro prelievi attivo sulla medesima Cudes, di varia natura sui rispettivi fattori produttivi (infermieri, dispositivi medici, etc.) necessari alle attività di visita, alla raccolta dei campioni, etc.
- **Costi figurativi per le lavorazioni di esami di diagnostica in vitro svolte dal laboratorio hub/spoke per suo conto sul fattore 731010228 per un importo pari al ricavo del laboratorio** (nel nostro esempio, 100.000 €)

Sul cdc\_std del laboratorio spoke (2061228) ci saranno:

- Ricavi diretti (28/san) per prestazioni di laboratorio relativi a tutta l'attività di prelievo (ad esempio € 2.000.000 totali, di cui il 40% è per campioni esaminati in sede e il 60% è per campioni inviati ad altri laboratori ospedalieri hub o, in rare eccezioni, spoke)
- Ricavi indiretti 411010228 per attività di lavorazione eseguita per il poliambulatorio territoriale nel quale è stato effettuato il prelievo e, in casi sporadici, per altri ambulatori spoke richiedenti (nel nostro esempio nulla poiché il poliambulatorio ha mandato tutti i campioni all'hub);
- Costi diretti e indiretti di varia natura sui rispettivi fattori produttivi;
- **Costi figurativi per le lavorazioni di esami di diagnostica in vitro svolte dal laboratorio hub/spoke per suo conto sul fattore 731010228 per un importo pari al ricavo dei campioni esternalizzati** (nel nostro esempio,  $2.000.000 * 60\% = 1.200.000$  €)

Sul cdc\_std del laboratorio hub ospedaliero (2061208) ci saranno:

- Ricavi diretti (28/san) per prestazioni di laboratorio
- **Ricavi figurativi per le lavorazioni di esami di diagnostica in vitro svolte per conto dei poliambulatori territoriali o dei laboratori spoke per un importo pari al ricavo dei campioni ricevuti** (nel nostro esempio,  $100.000 + 1.200.000 = 1.300.000$ €)
- Costi diretti e indiretti di varia natura sui rispettivi fattori produttivi.

Sui laboratori per interni ospedalieri ci saranno:

- Ricavi figurativi per analisi svolte su pazienti ricoverati (a prescindere dal presidio di degenza) se gli scambi di prestazioni sono interni all'azienda
- Costi diretti e indiretti di varia natura sui rispettivi fattori produttivi,

NB: il driver per dividere il laboratorio tra interni ed esterni dovrà tenere conto dei nuovi ricavi figurativi relativi a questi scambi, ponendo attenzione al fatto che tali poste sono relative ad attività per esterni e non per interni. Dato che gli spoke registrano ricavi per esterni 406\* per esami che poi vengono inviati ad un hub (i costi dei quali sono rilevati sul fp 731010228), è necessario, per la definizione del driver che suddivide il costo tra interni ed esterni, depurare il valore dei ricavi per esterni dell'importo caricato sul FP 731010228, prima di definire la % di assorbimento delle due linee di attività. Si ricorda che il costo del centro prelievi deve essere sempre ricondotto al cdc\_std 2061100 e all'attività per esterni (e, tanto meno, per interni).

### ***Allegato 3: L'utilizzo della contabilità analitica per la predisposizione dei modelli ministeriali LA e CP***

Come già anticipato in precedenza, la contabilità analitica rappresenta l'unica fonte dati dalla quale attingere per redigere i modelli di rilevazione economica ministeriali relativi alla rilevazione per Livelli di Assistenza ("Modello LA") e al Conto di Presidio ("Modello CP") di cui al D.M. 24 maggio 2019 (pubblicato in GU 25 giugno 2019).

Il Modello LA costituisce un allegato del bilancio di esercizio e prevede la rilevazione del conto economico aziendale in una matrice contenente in riga i livelli di assistenza come definiti dal DPCM 12 gennaio 2017 e in colonna delle macro-aggregazioni di costi. La rilevazione prevede che, su ciascun livello, venga indicato il costo pieno (full cost) di produzione del servizio/attività. Tale costo pieno viene ottenuto sommando ai costi diretti il ribaltamento dei costi comuni secondo lo schema seguente:

- 1) Anzitutto, tutti i costi comuni devono essere imputati in contabilità analitica sul centro elementare di più basso livello presente nel piano dei centri di costo (ad esempio, utilizzare i costi comuni del Dipartimento anziché del presidio o aziendali);
- 2) Quindi, sui centri elementari devono essere ripartiti i costi di tutti i centri sovrastanti nell'ambito della struttura dei centri di costo (sulle UO afferenti al Dipartimento devono essere ribaltati i costi comuni del dipartimento e, in seguito, i costi comuni del presidio);
- 3) In ultima fase, devono essere ripartiti i costi comuni aziendali.

Alcuni di questi ribaltamenti possono essere fatti in modo aggregato qualora le voci da ribaltare non siano significative. I parametri da utilizzare nei ribaltamenti possono essere molteplici e differenziati a seconda dei centri di costo che vengono ribaltati e dei centri che ricevono il ribaltamento. In assenza di driver specifici e per il ribaltamento dei costi comuni aziendali, deve essere utilizzato il costo del personale.

Il Modello CP prevede la rilevazione del conto economico aziendale in una matrice contenente in riga i ricavi e i costi dell'esercizio (secondo un piano dei conti predefinito) e in colonna l'articolazione dei valori negli n presidi aziendali (dove con presidio si intende l'ospedale – identificato presso il Ministero della Salute con codice HSP11 – e le strutture ad esso afferenti – identificate con codice STS e qualificate come "intraospedaliere"), nel territorio e nei costi comuni aziendali. Poiché il costo pieno viene definito all'interno del modello stesso, la rilevazione dei costi e ricavi diretti effettuata in contabilità analitica è già sufficiente alla compilazione. La differenza rispetto alla contabilità analitica regionale è costituita dal fatto che le uniche dimensioni di analisi prese in considerazione sono il fattore produttivo (collegato univocamente ad un conto CP) e la struttura (identificata in modo univoco nel flusso regionale dal codice CUDES), mentre non rileva il tipo di attività svolta (espressa dal cdc).

Entrambi i modelli devono garantire la quadratura con il Conto Economico e per entrambi il Ministero della Salute ha fornito apposite Linee Guida di compilazione, riportate in appendice. La contabilità analitica regionale è stata predisposta per facilitare la compilazione di tali modelli, tuttavia occorre operare alcuni adattamenti.

#### ***La compilazione del modello LA***

L'obiettivo principale della rilevazione contenuta nel modello LA è disporre delle informazioni sui costi complessivamente sostenuti per garantire gli specifici livelli e sub-livelli di assistenza ai cittadini assistiti

nelle singole aziende. Tali informazioni devono consentire lo svolgimento, a livello centrale, di analisi comparative sull'andamento e sulla composizione dei costi sostenuti nel SSR articolati sui sub-livelli di assistenza. Inoltre, i dati rilevati costituiranno la base, a livello regionale e nazionale, per la formulazione degli indicatori di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 del D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 e per gli indicatori previsti dal Patto per la Salute, e, pertanto, costituiranno punto di riferimento per la formulazione dei costi standard. Si ricorda che l'obiettivo individuato nel Patto per la salute 2010-2012, siglato tra Stato e Regioni il 3 dicembre 2009, è il seguente:

Tabella 31: Obiettivo individuato nel Patto per la salute 2010-2012

Prevenzione	5%
Distrettuale	51%
Ospedaliero	44%.

Condizione fondamentale per il perseguimento di tale obiettivo è garantire il maggior grado di omogeneità dei dati rilevati tra aziende e la corretta attribuzione dei costi sugli appropriati livelli e sub-livelli di assistenza<sup>48</sup>.

La contabilità analitica costituisce il presupposto indispensabile della rilevazione dei costi per livelli di assistenza, così come definita dalla Regione e dei criteri stabiliti a livello nazionale, al fine di garantire l'omogeneità dei dati raccolti e la confrontabilità interregionale delle informazioni prodotte.

I dati di costo (sia totale complessivo che totali per aggregato di fattori produttivi) del modello LA, allocati ai livelli e sub-livelli attraverso la contabilità analitica, devono garantire la piena quadratura con il modello di rilevazione CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Si riporta di seguito una breve spiegazione dei fattori produttivi da includere nella rilevazione, secondo la riclassificazione degli stessi prevista dalle colonne del modello LA<sup>49</sup>:

- **BENI SANITARI:** costi dei beni sanitari sostenuti per l'erogazione della prestazione. A titolo esemplificativo, deve essere incluso il costo per farmaci, sieri, vaccini, presidi medico chirurgici, reagenti, materiali diagnostici, etc. consumati su ciascun livello. I costi sostenuti devono essere quelli effettivi, cioè i costi rettificati della variazione delle rimanenze sanitarie. Deve essere compresa in tale voce l'eventuale quota di costo di beni sanitari dei servizi generali di amministrazione attribuibile al relativo livello di assistenza.
- **BENI NON SANITARI:** costi dei beni non sanitari sostenuti per l'erogazione della prestazione. A titolo esemplificativo, deve essere incluso il costo per materiali di pulizia e di convivenza in genere, cancelleria, combustibili, carburanti, lubrificanti, etc. consumati su ciascun livello. I costi sostenuti devono essere quelli effettivi cioè i costi rettificati della variazione delle rimanenze non sanitarie.

<sup>48</sup> Tali percentuali rappresentano l'obiettivo regionale di consolidato e hanno, ovviamente, un impatto differente a livello di ASST/IRCCS, dove l'attività è prevalentemente orientata all'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale. Come dettagliato nelle presenti linee guida, anche le ASST sono chiamate a rilevare costi sul livello della prevenzione. Anche se questo, verosimilmente, non arriverà al 5%, le Aziende devono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo regionale imputando correttamente sul livello della prevenzione tutti i costi per essa sostenuti (a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo: costi dei servizi risk management, medicina del lavoro).

<sup>49</sup> Il dettaglio delle voci del modello CE ricomprese in ciascun aggregato (corrispondente alle colonne del modello di rilevazione) è definito analiticamente nelle tabelle in appendice

Deve essere compresa in tale voce l'eventuale quota di costo di beni non sanitari dei servizi generali di amministrazione attribuibile al relativo livello di assistenza.

- **PRESTAZIONI SANITARIE:** costo sostenuto per l'acquisto di prestazioni da operatori accreditati sia pubblici che privati. A titolo esemplificativo, deve essere incluso il costo per medicina di base, farmaceutica, assistenza
- specialistica ambulatoriale, assistenza integrativa e protesica, etc. attribuibile ai livelli. Deve essere compresa in tale voce l'eventuale quota di costo di prestazioni sanitarie dei servizi generali di amministrazione attribuibile al relativo livello di assistenza.
- **SERVIZI SANITARI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:** costo sostenuto per l'acquisto di servizi sanitari quali consulenze sanitarie, formazione da pubblico e da privato o altri servizi sanitari acquistati per l'erogazione della prestazione. Deve essere compresa in tale voce l'eventuale quota di costo di servizi sanitari dei servizi generali di amministrazione attribuibile al relativo livello di assistenza.
- **SERVIZI NON SANITARI:** costi sostenuti per l'acquisto di servizi non sanitari necessari per l'erogazione della prestazione. A titolo esemplificativo, deve essere incluso il costo per pulizia, lavanderia, riscaldamento, consulenze non sanitarie, manutenzione ordinaria esternalizzata, godimento beni di terzi, etc. Deve essere compresa in tale voce l'eventuale quota di costo di servizi non sanitari dei servizi generali di amministrazione attribuibile al relativo livello di assistenza.
- **PERSONALE (diviso per ruolo):** costi sostenuti per personale (compresi universitari) di quel ruolo<sup>50</sup> che presta servizio per l'erogazione della prestazione. Deve essere compreso in tale voce l'eventuale costo del personale incluso nei servizi generali di amministrazione ed attribuibile pro-quota al relativo livello di assistenza e il costo dell'IRAP corrispondente al ruolo stesso. Devono inoltre essere inclusi gli accantonamenti per rinnovi contrattuali e le eventuali sopravvenienze relative al personale.
- **AMMORTAMENTI:** costi per l'ammortamento di impianti, macchinari, mobili, arredi, immobili e immobilizzazioni immateriali attribuibili all'erogazione della prestazione. Deve essere ricompreso in tale voce l'eventuale costo degli ammortamenti incluso nei costi generali di amministrazione ed attribuibile pro-quota al relativo livello di assistenza. Nel caso in cui la spesa per ammortamenti (es. ammortamento relativo ad attrezzature informatiche inerenti i sistemi informativi) si riferisca ad un servizio generale, questo dovrà essere ripartito, sempre mantenendo l'originaria natura, secondo le modalità che verranno successivamente illustrate, ovvero in proporzione al costo del personale.
- **SOPRAVVENIENZE/INSUSSISTENZE:** costi straordinari non prevedibili in esercizi precedenti attribuibili all'erogazione della prestazione. Nel caso in cui l'onere straordinario (es. minusvalenza, sopravvenienza passiva relativa ai sistemi informativi) si riferisca ad un servizio generale, questo dovrà essere ripartito, sempre mantenendo l'originaria natura, secondo la modalità precedentemente illustrata, ovvero in proporzione al costo del personale. Deve essere compreso in tale voce l'eventuale costo derivante da sopravvenienza/insussistenza incluso nei costi generali di amministrazione ed attribuibile pro-quota al relativo livello di assistenza.
- **ALTRI COSTI:** è la somma dei costi sostenuti per gli accantonamenti, l'Irap (esclusa quella relativa al personale dipendente) e le altre Imposte e tasse a carico dell'azienda, gli interessi passivi, le

---

<sup>50</sup> Sanitario, professionale, tecnico o amministrativo

rettifiche negative dell'attività finanziaria attribuibili all'erogazione della prestazione. Devono essere compresi in tale voce gli eventuali altri costi inclusi nei costi generali di amministrazione ed attribuibili pro-quota al relativo livello di assistenza.

- **TOTALE:** è la somma in orizzontale di tutti i costi attribuibili all'erogazione delle prestazioni e deve corrispondere al totale di tutti i costi esposti nel modello CE al netto della compartecipazione al personale per attività libero professionale.

Deve essere garantita per colonna e per totale complessivo la quadratura fra il totale dei costi registrati nel modello LA e il totale dei costi registrati nel modello CE, al netto degli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati e delle insussistenze passive per quote F.S. vincolato. Da notare che la quadratura richiede la rilevazione, anche nel modello LA, di una serie di elementi che, per loro natura, sono rilevati in contabilità generale solo nel momento delle scritture di chiusura dei conti, ai fini del Bilancio di esercizio. I principali elementi da includere nella quadratura sono:

- Svalutazione dei crediti;
- Riconciliazione delle poste di magazzino (rilevazione delle differenze derivanti dall'applicazione di diversi criteri di valorizzazione delle scorte fra contabilità generale e contabilità analitica);
- Accantonamenti per rischi e oneri: rinnovi contrattuali, vertenze in corso, etc.;
- Rettifiche e integrazioni connesse con costi e ricavi di competenza (ratei e risconti);
- Componenti straordinarie della gestione quali: minusvalenze, sopravvenienze, insussistenze.

L'imputazione ai livelli e sub-livelli di assistenza di questi elementi deve avvenire secondo le modalità previste per l'imputazione dei costi: nel caso siano riferibili in modo esclusivo ad uno o più centri di costo, l'imputazione deve avvenire in modo diretto, eventualmente pro quota. Viceversa, i valori non imputabili direttamente sono imputati a centri di natura generale e quindi ribaltati sui centri di costo finali.

Come già anticipato, la compilazione del Modello LA delle aziende sanitarie deve definire il costo pieno dei livelli, attribuendo loro non solo i costi diretti, ma anche i ribaltamenti dei costi dei cdc ausiliari e di supporto e, successivamente, dei servizi generali e amministrativi (si ricorda che nei centri di costo di questa categoria sono abitualmente rilevate, oltre ai costi diretti delle risorse impiegate, anche voci di spesa di carattere generale quali: assicurazioni, spese amministrative, oneri finanziari, compenso degli organi dell'azienda, etc. non diversamente imputabili).

Si ricorda che, laddove riferiti ad un solo livello di assistenza, i costi devono essere attribuiti direttamente, compresi eventuali accantonamenti, ammortamenti e oneri straordinari (ad esempio, dovranno essere direttamente imputati gli ammortamenti relativi a software o attrezzature specifiche utilizzate da centri che svolgono attività riconducibili ad un solo livello). Occorre prestare particolare attenzione all'imputazione dei costi ai livelli di assistenza, soprattutto per quanto riguarda le risorse umane (in funzione del cui costo sono poi ribaltati tutti i costi generali e amministrativi). Si sottolinea l'importanza di allocare correttamente soprattutto il personale medico di ASST/IRCCS che, spesso, si dedica a più linee di attività ma nei sistemi aziendali risulta imputato solo sul cdc prevalente (in genere, quello di assegnazione giuridica). Ad esempio, il costo del personale medico che viene rilevato sul cdc di medicina interna ma che si occupa di attività di ricovero (ordinaria e in DH), di attività specialistica ambulatoriale e, infine, di coprire le guardie in pronto soccorso.

Possono essere oggetto di ribaltamento quattro tipologie di costi:

1. Costi diretti relativi a più livelli di assistenza;
2. Costi diretti relativi a servizi diagnostici e di supporto per interni;
3. Costi comuni imputabili ai livelli di assistenza attraverso driver specifici o di produzione;
4. Costi comuni generali (costi residui imputabili solo tramite driver basato sul costo del personale).

L'elenco completo dei cdc da ribaltare e delle associazioni tra cdc e livelli di assistenza è riportato in appendice.

I costi diretti relativi a più livelli di assistenza sono costi direttamente imputabili che svolgono attività comuni a più livelli di assistenza, tipicamente:

- Costi direttamente attribuiti alla Direzione di Distretto
- Costi direttamente attribuiti alla Direzione Socio-Sanitaria

Essi devono essere imputati ai singoli livelli sottostanti per tipologia (ossia ribaltando ciascun macro-aggregato o, laddove necessario, i singoli fattori produttivi) attraverso un driver specifico che tenga conto dei volumi di attività (ad esempio, si potrebbe ricavare dal gestionale di distretto il numero di accessi agli sportelli per scelta e revoca del medico, scelta e revoca del pediatra, protesica, etc.). Data la prevedibile difficoltà nella rilevazione dei volumi dell'attività distrettuale, in appendice sono stati proposti alle aziende dei driver di riferimento (anche utilizzabili, eventualmente, in mancanza di criteri specifici) calcolati a livello di sistema sul totale delle prestazioni erogate nei diversi livelli. Per identificare i livelli sui quali potrebbero confluire tali costi, è opportuno verificare sempre l'assetto organizzativo aziendale e le funzioni effettivamente svolte da ciascun dipartimento/servizio (ad esempio, consultando POAS, funzionigramma, etc.), in collaborazione con i responsabili dell'attività territoriale.

Tabella 32: Attività svolte da Direzione di Distretto e Direzione Socio-Sanitaria

DIPARTIMENTO/SERVIZIO	ATTIVITA'
<b>Direzione di distretto, Scelta e revoca</b>	Svolge tipicamente attività collegate all'attività di MMG/PLS, medicina legale e all'erogazione di assistenza protesica e integrativa
<b>Direzione Socio-Sanitaria e Staff</b>	Svolge tipicamente attività collegate all'assistenza domiciliare (ADI), famiglia, non autosufficienti, disabili, tossicodipendenti, malati terminali

I costi di reparto attribuibili ad attività ambulatoriale dovrebbero risultare già distinti tra il livello ospedaliero e territoriale. I driver rappresentativi dell'effettiva attività svolta, già proposti in precedenza, possono essere utili per verificare la proporzionalità della suddivisione dei costi tra i livelli e vengono, pertanto, riepilogati:

- i. Un primo criterio di verifica potrebbe essere rilevare puntualmente il tempo dedicato all'erogazione delle prestazioni specifiche e verificare che questa sia proporzionale all'attribuzione dei costi. Ad esempio, l'attività ambulatoriale è rilevabile tramite le ore di agenda (qualora complete ed esaustive di tutte le attività ambulatoriali e non solo di quelle garantite attraverso il CUP centrale regionale);
- ii. Un secondo criterio, ove non sia possibile utilizzare il primo, potrebbe essere rilevare il valore economico delle prestazioni erogate a livello di UO sulla quale il personale medico è allocato e verificare che questa sia proporzionale all'attribuzione dei costi.

I costi relativi a servizi diagnostici e di supporto sono rilevati sul cdc del servizio a prescindere dalla quota parte di attività relativa a prestazioni intermedie e di supporto per interni, pertanto è necessario ribaltare una parte di essi sul livello finale del servizio utilizzatore: per acuti in degenza ordinaria, per acuti in Day Hospital, per acuti in Day Surgery, per lungodegenti, in riabilitazione, assistenza specialistica (per MAC/BIC), ospedali di comunità (per le cure subacute).

Laddove sia vigente una tariffa regionale, l'imputazione per interni ed esterni può avvenire proporzionalmente ai volumi di attività consumati dagli utilizzatori finali valorizzati, appunto, a tariffa. Si tratta, prevalentemente, di:

- Attività di laboratorio
- Attività di anatomia e istologia patologica
- Laboratorio di immunologia
- Attività di diagnostica per immagini
- Attività di medicina nucleare (diagnostica scintigrafica)
- Servizio cardiologico
- Recupero e riabilitazione funzionale
- Gastroenterologia ed endoscopia digestiva

Tramite il tariffario Regionale, adeguatamente integrato con un tariffario interno per le prestazioni non presenti, è possibile distribuire i costi dei cdc sopra elencati nei diversi regimi (ambulatoriale per esterni, ricovero ordinario/DH per interni, PS) in proporzione al valore dell'attività erogata sul totale. Si ricorda che nel modello LA l'attività erogata da laboratorio e radiologia per il pronto soccorso deve intendersi prevalentemente come attività per accessi non seguiti da ricovero (nello specifico quella che viene rendicontata nel flusso 28/san ad un valore di prestazione di PS).

Esclusi i centri di costo precedenti, i restanti servizi raggruppano quasi esclusivamente servizi di supporto all'attività chirurgica nelle sue diverse declinazioni:

- Sale operatorie (comprende il servizio di anestesia)
- Emodinamica
- Radiologia interventistica
- Sterilizzazione
- Pre-ricovero

Nel modello LA il loro costo può essere ribaltato sui livelli di assistenza del ricovero (RO e DH/DS), sul livello di specialistica ambulatoriale (in ragione, principalmente, dell'erogazione dell'attività di chirurgia ambulatoriale prevista nella DGR 10804/2009 e precedenti) e su eventuali livelli territoriali rilevanti per dimensioni (ad esempio, i Sert). Si suggerisce di ripartire i costi<sup>51</sup> proporzionalmente alle ore di utilizzo o, in mancanza di una rilevazione puntuale, utilizzando i volumi di attività chirurgica erogata nei diversi livelli di assistenza in base alle tariffe vigenti a livello regionale nei vari regimi.

Residuano, infine, attività di minor consistenza economica da attribuire prevalentemente al ricovero ordinario:

- Dietetica/Dietologia

---

<sup>51</sup> Si ricorda che in coan il costo dei dispositivi ad alto costo deve essere rilevato direttamente sul cdc del reparto di dimissione.

- Altri servizi clinici e di supporto per interni

I costi comuni imputabili ai livelli di assistenza attraverso driver specifici o di produzione sono, tipicamente:

- Utenze
- Mensa
- Lavanderia
- Pulizie
- Servizi alberghieri
- Altri costi relativi alla gestione stabili
- Elaborazione dati, manutenzioni hardware e software
- Etc.

Tali costi, nel caso non fossero già stati direttamente imputati, possono essere ribaltati per tipologia sui livelli di assistenza tramite driver costruiti su informazioni extracontabili fornite dai servizi amministrativi e di supporto (Ufficio tecnico, Provveditorato, Servizio Economico-finanziario, Personale, Servizi Informativi, Formazione), tra cui, a titolo puramente esemplificativo: mappatura dei mq assegnati a ciascuna UO, assegnazione delle centrali telefoniche e termiche, rapporti operativi dei fornitori di servizi non sanitari, mappatura dei software in uso, etc. Ovviamente, le sopracitate informazioni potranno essere utilizzate in corso di esercizio anche per verificare la corretta attribuzione dei costi diretti all'interno dei sistemi contabili aziendali.

Sono, quindi, driver utilizzabili per i ribaltamenti di tale tipologia di costi: metri quadri di superficie, numero dei pasti e/o di dipendenti, kilogrammi di biancheria lavata, numero di apparecchi telefonici, numero di teste, etc. Per i servizi collegati alla produzione, ad esempio l'accettazione ricoveri e il servizio cartelle cliniche, in assenza di driver più specifici, è possibile utilizzare i volumi di attività degli utilizzatori finali.

Infine, i costi comuni generali sono i costi comuni privi di driver specifico. Essi devono essere ribaltati per tipologia proporzionalmente al peso del costo del personale dei livelli sul totale del costo del personale (incluse le indennità del personale universitario di area sanitaria). Ovviamente, i costi comuni di presidio non diversamente imputabili dovranno essere ribaltati sui livelli attraverso i costi del personale del solo presidio e non di tutta l'Azienda. Il ribaltamento di tali costi dovrà avvenire dopo il ribaltamento delle precedenti tipologie, in modo da ricomprendervi anche eventuali quote di queste ultime non attribuibili ad alcun livello.

Si ricorda alle Aziende che il ribaltamento dei costi dovrebbe essere, laddove possibile, differenziato a seconda del fatto che il costo comune sia tipicamente territoriale o ospedaliero.

## ***La compilazione del modello CP***

L'obiettivo principale della rilevazione contenuta nel modello CP è la rendicontazione e il monitoraggio dell'equilibrio della gestione dei singoli presidi ospedalieri in rapporto alla remunerazione, tariffaria ed extratariffaria (prestazioni e funzioni), in coerenza con quanto previsto dagli art.li 8-quinquies e 8-sexies del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dall'articolo 9, comma 2, del d.lgs. n. 149/2011, anche al fine dell'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 535, della legge n. 208/2015.

Il modello prevede la riarticolazione dei valori del CE in quattro macro aggregati:

1. Presidio ospedaliero (in una prima fase sperimentale i dati devono essere consolidati in un presidio unico aziendale, in seguito è prevista la ripartizione in un dettaglio corrispondente agli n presidi dell'azienda);
2. Territorio;
3. Servizi Amministrativi e Centrali Aziendali;
4. Costi e ricavi non ripartiti, come definiti dalle LG ministeriali.

sui quali incidono le successive fasi di elaborazione di contabilità analitica:

- FASE 1: Attribuzione a ciascun macro-aggregato dei costi e dei ricavi diretti (effettivi e figurativi);
- FASE 2: Attribuzione al presidio e al territorio di quote di costi dei servizi amministrativi e centrali aziendali;
- FASE 3: Articolazione del costo di Presidio (Totale Costi Diretti del presidio + Quota costi servizi amministrativi e centrali aziendali) complessivo per livelli essenziali di assistenza;
- FASE 4: Articolazione di dettaglio del costo di Presidio sui sottolivelli assistenziali.

Con il termine "presidio" si intendono quelle strutture CUDES corrispondenti ad un codice struttura del modello HSP11 e il codice CUDES corrispondente alla struttura STS del poliambulatorio intra-ospedaliero; ad esso fanno, inoltre, riferimento tutti i codici CUDES corrispondenti a strutture STS entro le mura del presidio/stabilimento (qualificate come "INTRA" nell'anagrafica regionale delle strutture). Viceversa, con il termine "territorio" si intendono quelle strutture CUDES per l'erogazione di prestazioni territoriali: distretti, poliambulatori, laboratori, servizi diagnostici, materno infantile, psichiatria, NPI, tossicodipendenze, anziani, disabili, terminali etc. (qualificate come "EXTRA" nell'anagrafica regionale delle strutture).

L'attribuzione dei costi e dei ricavi diretti (fase 1) prevede la rilevazione, oltre che dei costi e ricavi effettivi, anche dei costi e ricavi figurativi:

- a) relativi alla produzione/acquisto di prestazioni tariffate scambiate tra articolazioni aziendali diverse;
- b) relativi alla fornitura/acquisto di prestazioni non tariffate (attività dei centri di supporto sanitario, dei servizi amministrativi e alberghieri di presidio) scambiate tra articolazioni aziendali diverse.

Una volta attribuiti costi e ricavi diretti, effettivi e figurativi, si procede a ribaltare sul presidio unico ospedaliero e sul territorio la quota parte di pertinenza dei costi dei servizi amministrativi e centrali dell'azienda (fase 2). Il driver per la ripartizione tra ospedale e territorio è il peso del costo del personale diretto (dipendente e assimilato) delle singole articolazioni organizzative.

Il costo pieno del presidio unico ospedaliero, così elaborato, viene quindi articolato per livelli assistenziali (fase 3 e 4), in coerenza con quanto rendicontato nel modello LA.

## ***Allegato 4: Il Reporting***

Il sistema di reporting aziendale rappresenta il momento culminante del sistema di controllo aziendale, in quanto riprende in una sintesi aziendale:

- budget;
- valori economici provenienti dalla contabilità analitica;
- forecasting o preconsuntivo o pre-chiusura;
- statistiche o altri flussi informativi aziendali;
- indicatori di efficacia, efficienza tecnico organizzativa, di spesa, di economicità, di qualità.

Il reporting non è meramente l'output della contabilità gestionale e delle statistiche aziendali, ma è un documento per la Direzione Strategica basato su:

- un criterio di rilevanza delle informazioni e di selettività;
- un'aggregazione e un livello di dettaglio modulabili in funzione delle esigenze decisionali (per centro di responsabilità, per Dipartimento o per attività);
- un'articolazione sia economica che gestionale (possibilità di effettuare analisi di produzione/mix);
- una rappresentazione caratterizzata da un'adeguata tempestività e frequenza dell'informazione.

Le informazioni rilevanti in un processo decisionale possono avere diversa natura (economica, strategica, qualitativa, organizzativa), possono avere diverso riferimento temporale (informazioni previsionali, consuntive, storiche) e diversa frequenza (informazioni di routine, informazioni specifiche ad hoc, etc.), pertanto il sistema di reporting può cambiare di mese in mese. Inoltre, le informazioni già filtrate come rilevanti devono essere orientate ad un criterio di selettività, ossia di individuazione delle priorità in relazione al grado di sintesi voluto. Le informazioni, aggregate a seconda delle esigenze conoscitive, possono poi comunque essere supportate al bisogno dai dati elementari presenti nella contabilità analitica o nel DWH aziendale.

Le informazioni che alimentano il sistema di reporting, normalmente, sono costituite da dati economici, dati di attività/mix e indicatori relativi alla produzione e alla produttività del reparto/servizio:

1. Dal punto di vista economico, il sistema di reporting dovrebbe indicare, con più o meno dettaglio a seconda delle esigenze di sintesi, i costi e ricavi diretti e indiretti del reparto/servizio, evidenziando tre diversi livelli di margine (primo margine operativo, secondo margine, margine netto) ed eventuali focus di dettaglio su specifiche voci (ad esempio, dispositivi medici ad alto costo);
2. Dal punto di vista delle attività, il sistema di reporting dovrebbe evidenziare il numero, il costo/prezzo e il ricavo delle prestazioni eseguite dal servizio per pazienti interni e per pazienti esterni, evidenziando il trend sia del numero di prestazioni che del valore economico ed eventuali variazioni verificatesi e/o attese nel case mix. L'analisi dell'attività potrebbe essere utile anche per simulare gli scenari alternativi che si potrebbero ottenere variando il case mix nell'ambito della pianificazione strategica;
3. Infine, il sistema di reporting dovrebbe proporre una serie di indicatori selezionati relativi alla produttività del reparto/servizio, da interpretare congiuntamente ai risultati economici e ai dati di attività per orientare i processi decisionali. /

Esempi di indicatori di attività e produttività (punti 2 e 3):

- a) indicatori di capacità produttiva (descrivono la dimensione del centro produttivo):
  - numero di posti letto ordinari e di DH (media dei posti letto effettivamente disponibili nel periodo in esame);
  - incidenza dei posti letto di DH sul totale;
  - disponibilità di sala operatoria: ore settimanali programmate, ore di occupazione effettiva della sala operatoria, ore di utilizzo extra - seduta della sala operatoria;
  - ore di utilizzo settimanali delle grandi apparecchiature;
- b) indicatori di output (descrivono la produzione raggiunta nell'arco temporale stabilito):
  - numero di ricoveri medici/chirurgici di DH e ordinari, suddivisi in ricoveri brevi (0-1 giorno), ricoveri ordinari (maggiori e uguali di 48h) e ricoveri oltre soglia;
  - numero di prestazioni ambulatoriali;
  - numero di prestazioni erogate dal servizio diagnostico-terapeutico raggruppate per tipologia e suddiviso tra le prestazioni per interni per esterni;
  - incidenza dei ricoveri brevi (0-1 giorno), ricoveri ordinari (maggiori e uguali di 48h) e ricoveri oltre soglia sul totale dei ricoveri;
- c) indicatori di utilizzo di risorse:
  - degenza media ricoveri per regime e DRG (giornate di degenza totali/numero di ricoveri);
  - degenza media pre e post-operatoria;
  - tasso medio di occupazione dei posti letto dei ricoveri ordinari e del day-hospital (giornate di degenza totali/numero posti letto\*365 giorni);
  - indice di rotazione dei posti letto (numero di ricoveri/numero posti letto);
  - tempo medio di attesa per intervento;
  - intervallo di turn over: tempo medio in giorni tra le dimissioni di un paziente e la successiva ammissione di un altro ((numero posti letto\*365 giorni- giornate di degenza totali) /numero di ricoveri);
  - numero medio di prestazioni diagnostiche per paziente e per SDO, raggruppate per tipologia;
  - numero di ricoveri ordinari (medici e chirurgici), di day-hospital (medici e chirurgici) e di prestazioni ambulatoriali per medico;
  - giornate di degenza ordinaria e numero di accessi di day-hospital per infermiere;
- d) indicatori di mix:
  - incidenza ricoveri chirurgici brevi sul totale dei ricoveri chirurgici (utile per i reparti chirurgici) e incidenza dei ricoveri chirurgici e medici sul totale dei ricoveri;
  - peso e valore medio del DRG per regime, esclusi DH e ricoveri 0-1 giorno (punti DRG o valore DRG/numero dimissioni) e tariffa media delle prestazioni ambulatoriali (valore prestazioni/numero prestazioni);
  - indice comparativo di performance (degenza media attesa standardizzata per case mix/ degenza media standard RL), se >1 indica una efficienza inferiore allo standard;
  - indice di case mix (peso medio DRG per disciplina/peso medio standard RL), se >1 indica una complessità superiore allo standard;

- e) indicatori di personale (descrivono il numero di personale equivalente a tempo pieno presente in reparto):
- numero di personale suddiviso in medico, dirigente sanitario, infermieristico, sanitario tecnico, tecnico, amministrativo, professionale;
  - costo del personale su numero di dimissioni e giornate di degenza suddiviso in medico e infermieristico;
  - costo del personale per 1000€ di fatturato suddiviso in medico e infermieristico;
- f) indicatori di costo:
- costo del materiale sanitario per paziente e giornata di degenza suddiviso in farmaci, DM e altri beni;
  - costo del materiale sanitario per 1000€ di fatturato, per prestazione e per punto DRG;
  - costo totale per 1000€ di fatturato, per prestazione e per punto DRG.

Nota bene: nel caso delle terapie intensive, il numero di giornate di degenza e il numero di ricoveri va calcolato sul numero di pazienti transitati e non su quelli dimessi.

## **Allegato 5: Benchmark di efficienza: Indicatori del Cruscotto di Controllo di Gestione (CGEST)**

Gli indicatori di performance sono misure quantitative volte a monitorare e analizzare un fenomeno dandone una visione di sintesi.

A livello regionale è stato costruito un cruscotto di monitoraggio, a partire dalle dimensioni previste (beni e servizi) come strumento utile a garantire il confronto tra aziende del sistema e il rispetto degli obiettivi per il mantenimento dell'equilibrio di bilancio, attraverso il confronto con l'andamento della spesa regionale per la definizione delle aree di miglioramento a livello aziendale.

Gli indicatori, che potranno essere opportunamente integrati sulla base delle esigenze di monitoraggio specifiche, pubblicati sul Portale di Governo Regionale, attualmente specifici per ASTT e IRCCS, al percorso *Cruscotto CGEST > Indicatori di efficienza* (consultabili in forma testuale e/o grafica e scaricabili in formato .xls.) sono dettagliati nel prospetto seguente. Per la fase di avvio si sono privilegiati gli aspetti di sintesi prevedendo un numero il più possibile sintetico di indicatori e di semplicità di interpretazione e calcolo.

INDICATORI DI EFFICIENZA		
Nome Report	Cod	Nome Indicatore
Report su 1000 euro fatturato ricoveri	I03	I03: % Costo CND P – Materiale protesici (endoprotesi) su fatturato DRG con protesi
	I04	I04: % Costo CND J – Materiale protesici (dispositivi impiantabili attivi) su fatturato DRG con protesi
	I08	I08: Prestazioni per interni di laboratorio per 1000€ fatturato ricoveri
	I09	I09: Prestazioni per interni di radiologia per 1000€ fatturato ricoveri
	I10	I10: Prestazioni per interni di anatomia patologica per 1000€ fatturato ricoveri
	I11	I11: Prestazioni per interni trasfusionale per 1000€ fatturato ricoveri
	I14	I14: Costo Dispositivi Medici per 1000 euro di fatturato
	I15	I15: Costo Beni Sanitari per 1000 euro di fatturato
	I20	I20: Costo medico per 1000€ fatturato ricoveri
	I21	I21: Costo personale per 1000€ fatturato ricoveri
Report su 1000 euro fatturato specialistica	I08	I08: Prestazioni per interni di laboratorio per 1000€ fatturato ricoveri
	I09	I09: Prestazioni per interni di radiologia per 1000€ fatturato ricoveri
	I10	I10: Prestazioni per interni di anatomia patologica per 1000€ fatturato ricoveri
	I14	I14: Costo Dispositivi Medici per 1000 euro di fatturato
	I15	I15: Costo Beni Sanitari per 1000 euro di fatturato
	I16 BIS	I16BIS: Costo Personale Comparto Assistenza per 1000 € fatturato poliambulatorio ospedaliero
	I17	I17: Costo Personale Tecnico per 1000 € di fatturato Servizi
	I20	I20: Costo medico per 1000€ fatturato ricoveri
	I21	I21: Costo personale per 1000€ fatturato ricoveri
Report su Servizi	I01	I01: % Costo CND W – Materiale diagnostico su Fatturato di Produzione
	I02	I02: Costo strumentario chirurgico (K, L) su numero DRG chirurgici e AMB chirurgica
	I06	I06: Costo Sala Operatoria per 1000€ fatturato chirurgico
	I07	I07: Costo Sala Operatoria per intervento
Report su gg di degenza/caso	I05	I05: Costo farmaci su gg di degenza
	I13	I13: Costo Dispositivi Medici per caso per disciplina
Report produttività personale	I16	I16: Costo Personale Comparto Assistenza a giornate di degenza
	I18	I18: Fatturato di Produzione per tecnico
	I19	I19: Fatturato di Produzione per medico

Figura 9: Indicatori di Efficienza disponibili sul Portale di Governo Regionale

Si riporta a seguire una breve descrizione degli indicatori ad oggi vigenti, sottolineando che gli stessi sono in fase di aggiornamento.

### **a) Report su 1000 euro fatturato ricoveri**

#### **I03: % Costo CND P – Materiale protesici (endoprotesi) su fatturato DRG con protesi**

Indica il costo di endoprotesi (CND P) rispetto al valore della produzione DRG con protesi

**I04: % Costo CND J – Materiale protesici (dispositivi impiantabili attivi) su fatturato DRG con protesi**

Indica il costo di dispositivi impiantabili attivi (CND J) rispetto al valore della produzione DRG con protesi.

**I08: Prestazioni per interni di laboratorio per 1000€ fatturato ricoveri**

Evidenzia il costo delle prestazioni di laboratorio per interni per 1.000 euro di fatturato ricoveri, a livello di azienda, di presidio ospedaliero e di disciplina.

**I09: Prestazioni per interni di radiologia per 1000€ fatturato ricoveri**

Evidenzia il costo delle prestazioni di radiologia per interni per 1.000 euro di fatturato ricoveri, a livello di azienda, di presidio ospedaliero e di disciplina.

**I10: Prestazioni per interni di anatomia patologica per 1000€ fatturato ricoveri**

Mostra il costo delle prestazioni di anatomia patologica per interni per 1.000 euro di fatturato ricoveri, a livello di azienda, di presidio ospedaliero e di disciplina.

**I11: Prestazioni per interni trasfusionale per 1000€ fatturato ricoveri**

Evidenzia il costo delle prestazioni di anatomia patologica per interni per 1.000 euro di fatturato ricoveri, a livello di azienda, di presidio ospedaliero e di disciplina.

**I14: Costo Dispositivi Medici per 1000 euro di fatturato**

Mostra il costo dei dispositivi medici acquistati (per ente/reparto), rapportato a 1000 euro di fatturato ricoveri.

**I15: Costo Beni Sanitari per 1000 euro di fatturato**

Mostra il costo dei beni sanitari acquistati (per ente/reparto), rapportato a 1000 euro di fatturato ricoveri.

**I20: Costo medico per 1000€ fatturato ricoveri**

Evidenzia il costo del personale medico, in relazione a 1.000 euro di fatturato ricoveri.

**I21: Costo personale per 1000€ fatturato ricoveri**

Evidenzia il costo del personale, in relazione a 1.000 euro di fatturato ricoveri.

***b) Report su 1000 euro fatturato specialistica***

**I08: Prestazioni per interni di laboratorio per 1000€ fatturato specialistica**

Evidenzia il costo delle prestazioni di laboratorio per interni per 1.000 euro di fatturato specialistica, a livello di azienda, di presidio ospedaliero e di disciplina.

**I09: Prestazioni per interni di radiologia per 1000€ fatturato specialistica**

Evidenzia il costo delle prestazioni di radiologia per interni per 1.000 euro di fatturato specialistica, a livello di azienda, di presidio ospedaliero e di disciplina.

**I10: Prestazioni per interni di anatomia patologica per 1000€ fatturato specialistica**

Mostra il costo delle prestazioni di anatomia patologica per interni per 1.000 euro di fatturato specialistica, a livello di azienda, di presidio ospedaliero e di disciplina.

**I14: Costo Dispositivi Medici per 1000 euro di fatturato**

Mostra il costo dei dispositivi medici acquistati (per ente/reparto), rapportato a 1000 euro di fatturato specialistica.

**I15: Costo Beni Sanitari per 1000 euro di fatturato**

Mostra il costo dei beni sanitari acquistati (per ente/reparto), rapportato a 1000 euro di fatturato specialistica.

**I16BIS: Costo personale Comparto Assistenza per 1000 euro di fatturato poliambulatorio ospedaliero**

Evidenzia il costo del personale del Comparto Assistenza, in relazione a 1.000 euro di fatturato relativo al poliambulatorio ospedaliero.

**I17: Costo personale Tecnico per 1000 euro di fatturato Servizi**

Evidenzia il costo del personale tecnico, in relazione a 1.000 euro di fatturato relativo ai Servizi.

**I20: Costo medico per 1000€ fatturato specialistica**

Evidenzia il costo del personale medico, in relazione a 1.000 euro di fatturato specialistica.

**I21: Costo personale per 1000€ fatturato specialistica**

Evidenzia il costo del personale, in relazione a 1.000 euro di fatturato specialistica.

***c) Report su servizi***

**I01: % Costo CND W – Materiale diagnostico su Fatturato di Produzione**

Mostra il costo pagato da un certo ente per l'acquisto di materiale diagnostico (CND W), in relazione al fatturato di produzione (SDO).

**I02: Costo strumentario chirurgico (K, L) su numero DRG chirurgici e AMB chirurgica**

Mostra il costo pagato da un ente per l'acquisto di strumentario chirurgico (CND K, L), in relazione al numero di DRG chirurgici (SDO) e AMB chirurgica (28 SAN).

**I06: Costo Sala Operatoria per 1000€ fatturato chirurgico**

Evidenzia il costo di sala operatoria, in relazione a 1.000 euro di fatturato chirurgico.

**I07: Costo Sala Operatoria per intervento**

Calcola il costo di sala operatoria per singolo intervento.

***d) Report su gg di degenza/caso***

**I05: Costo farmaci su gg di degenza**

Mostra il costo pagato da un certo ente/reparto per l'acquisto di farmaci, rapportato alle giornate di degenza attese (SDO).

**I13: Costo Dispositivi Medici per caso per disciplina**

Mostra il costo pagato da un certo ente/reparto per l'acquisto di dispositivi medici, in relazione al numero di casi per disciplina (SDO).

**I16: Costo Personale Comparto Assistenza a giornate di degenza**

Evidenzia il costo del Personale Comparto Assistenza per singola giornata di degenza (calcolato sulle giornate di degenza attese e pesate).

***e) Report produttività personale***

**I18: Fatturato di Produzione per tecnico**

Rapporta il fatturato sui servizi (per interni ed esterni) al numero di tecnici.

**I19: Fatturato di Produzione per medico**

Rapporta il fatturato di produzione (ricoveri, ambulatoriale) al numero di medici.

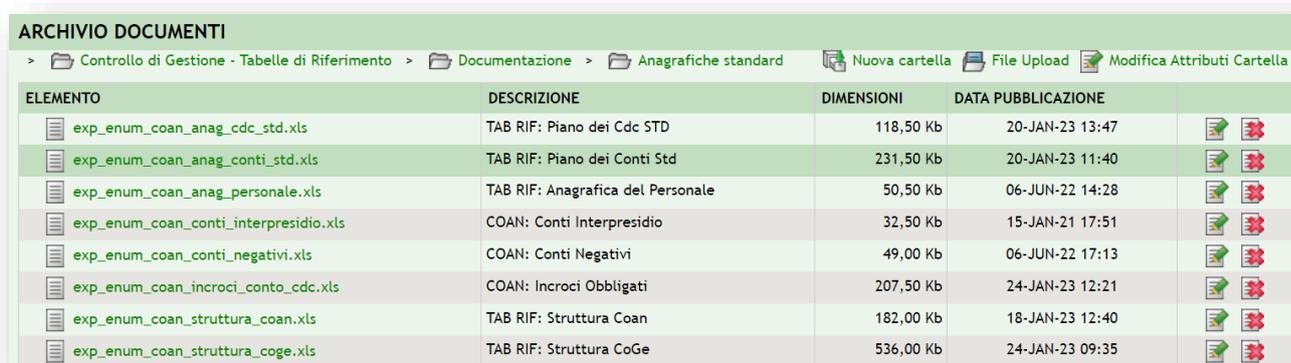
Per il 2020 e il 2021 sono stati oscurati i report di confronto tra la produzione rendicontata nei flussi e i ricavi tariffari registrati in coan, nonché tutti i report di valutazione della performances, che perdono di senso in un contesto nel quale all'attività storica ordinaria (quella per disciplina individuabile dal repsto) si aggiunge e si commistiona l'attività covid, avendo difficoltà, a livello di rendicontazione dei flussi di attività, a dividere ciò che è covid da ciò che non lo è quando la variabile per la costruzione della reportistica è, appunto, il repsto di dimissione registrato nel flusso.

## **Allegato 6: Tabelle che alimentano il flusso CoAn regionale e Moduli di qualità**

### **ENUM**

La trasmissione del flusso è condizionata da controlli integrati che verificano la coerenza dei dati inseriti dagli enti con le anagrafiche regionali di riferimento (piano dei fattori produttivi e dei cdc standard, incroci obbligati e anagrafica del personale).

Tali anagrafiche, le cosiddette 'ENUM', vengono costantemente aggiornate (sulla base delle esigenze emergenti) e caricate sul portale SMAF. Le versioni correnti, che popolano il flusso informativo di CoAn, sono scaricabili al percorso *Moduli Sanità > Controllo di Gestione – Tab. Rif. > Archivio Documenti > Documentazione > Anagrafiche standard*, come da immagine sottostante (figura 9).



ELEMENTO	DESCRIZIONE	DIMENSIONI	DATA PUBBLICAZIONE	
exp_enum_coan_anag_cdc_std.xls	TAB RIF: Piano dei Cdc STD	118,50 Kb	20-JAN-23 13:47	 
exp_enum_coan_anag_conti_std.xls	TAB RIF: Piano dei Conti Std	231,50 Kb	20-JAN-23 11:40	 
exp_enum_coan_anag_personale.xls	TAB RIF: Anagrafica del Personale	50,50 Kb	06-JUN-22 14:28	 
exp_enum_coan_conti_interpresidio.xls	COAN: Conti Interpresidio	32,50 Kb	15-JAN-21 17:51	 
exp_enum_coan_conti_negativi.xls	COAN: Conti Negativi	49,00 Kb	06-JUN-22 17:13	 
exp_enum_coan_incroci_conto_cdc.xls	COAN: Incroci Obbligati	207,50 Kb	24-JAN-23 12:21	 
exp_enum_coan_struttura_coan.xls	TAB RIF: Struttura Coan	182,00 Kb	18-JAN-23 12:40	 
exp_enum_coan_struttura_coge.xls	TAB RIF: Struttura CoGe	536,00 Kb	24-JAN-23 09:35	 

Figura 10: Anagrafiche regionali di riferimento per l'invio del flusso CoAn, sul portale SMAF

I campi e i principi di funzionamento delle principali ENUM sono presentati di seguito:

- La **exp\_ENUM\_COAN\_ANAG\_CDC\_STD** contiene l'anagrafica dei centri di costo standard. I centri di costo hanno una codifica "parlante", in cui la prima cifra identifica il settore, la seconda e la terza l'area di attività e la quarta l'attività di dettaglio. La tabella è completa anche di descrizione testuale del centro di costo. Le date di inizio e fine gestione determinano il periodo di validità dei centri di costo. La tabella definisce anche l'abilitazione del centro di costo ad una determinata tipologia di ente: ATS, ASST e IRCSS valorizzando la cella posta nella rispettiva colonna "FLAG" con "S". Di seguito sono dettagliati i singoli attributi presenti in tabella:
  - ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN';
  - SETTORE: settore
  - AREA\_ATTIVITA: area di attività
  - ATTIVITA: attività
  - CODICE\_CDC\_STD: codice centro di costo
  - DESC\_CDC\_STD: descrizione centro di costo
  - DATA\_INI\_GEST: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione del centro di costo
  - DATA\_FINE\_GEST: data di fine gestione, segna la disattivazione del centro di costo, ed è valorizzata con '31/12/3999' se il centro di costo risulta attivo
  - FLAG\_ATS: valorizzato con S, se di competenza delle ATS

- FLAG\_ASST: valorizzato con S, se di competenza delle ASST
  - FLAG\_IRCCS: valorizzato con S, se di competenza delle IRCCS
  - DATA\_CHIUSURA: data chiusura
- La **exp\_ENUM\_COAN\_ANAG\_CONTI\_STD** contiene l'anagrafica dei conti standard completa di descrizione. Le date di inizio e fine gestione determinano il periodo di validità dei conti. La tabella definisce anche l'abilitazione del centro di costo ad una determinata tipologia di ente: ATS, ASST e IRCCS valorizzando la cella posta nella rispettiva colonna "FLAG" con "S". Con lo stesso meccanismo e solo su indicazione dei referenti regionali, devono essere apposti i rispetti flag beni e servizi. Di seguito sono dettagliati i singoli attributi presenti in tabella:
    - ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN'
    - CLASSE\_I: raggruppamento di primo livello, equivale alle prime 3 cifre del codice del fattore produttivo
    - CLASSE\_II: raggruppamento di secondo livello, equivale alle prime 5 cifre del codice del fattore produttivo
    - CODICE\_CONTO\_STD: codice del fattore produttivo
    - DESCRIZIONE\_CONTO\_STD: descrizione del fattore produttivo
    - FLAG\_BENI\_SERVIZI\_ATS: valorizzato con S, se relativo a Beni e Servizi per le ATS
    - FLAG\_BENI\_SERVIZI\_ASST: valorizzato con S, se relativo a Beni e Servizi per le ASST
    - FLAG\_BENI\_SERVIZI\_IRCCS: valorizzato con S, se relativo a Beni e Servizi per gli IRCCS
    - DATA\_INI\_GEST: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione del fattore produttivo
    - DATA\_FINE\_GEST: data di fine gestione, segna la disattivazione del fattore produttivo; è valorizzata con '31/12/3999' se il fattore produttivo risulta attivo
    - FLAG\_ATS: valorizzato con S, se di competenza delle ATS
    - FLAG\_ASST: valorizzato con S, se di competenza delle ASST
    - FLAG\_IRCCS: valorizzato con S, se di competenza degli IRCCS.
  - La **exp\_ENUM\_COAN\_ANAG\_DISTRETTI** contiene l'anagrafica dei distretti completa di descrizione testuale. Le date di attivazione e disattivazione determinano il periodo di validità distretti. La tabella definisce anche l'abilitazione del centro di costo ad una determinata tipologia di ente: ATS, ASST e IRCCS valorizzando la cella posta nella rispettiva colonna "FLAG" con "S". Dal 2023 tale anagrafica deve essere gestita anche dalle ASST che per ciascun cdc\_std devono individuare non solo la struttura di riferimento ma anche il distretto di localizzazione; a tal fine deve essere utilizzata l'anagrafica dei distretti sanitari previsti ridefiniti dalla LR 23/2021 e rilevati in dati codificati. Le ATS come in passato utilizzano il distretto sanitario per mappare il consumo degli assistiti. Per quanto riguarda invece i distretti veterinari rimangono in vigore i codici previsti dal vecchio flusso coan ed identificabili con un codice alfanumerico V\_cod\_ente\_\*\*\*)
  - La **exp\_ENUM\_COAN\_ANAG\_PERSONALE** tabella contiene i dati inerenti all'anagrafica del personale. Il codice personale è associato alla descrizione testuale del COD\_COAN di riferimento. Il codice personale è legato ai campi codice e descrizione per: rapporto professionale, ruolo, tipologia profilo professionale. Tutte le informazioni inerenti a eventuali nuove inserimenti sono fornite dai referenti regionali. Il codice personale è abilitato alla tipologia della struttura valorizzando la cella nella rispettiva colonna "FLAG" con "S". Data inizio e fine gestione determinano il periodo di validità del codice. Si dettagliano di seguito gli attributi specifici:

- ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN'
  - CODICE\_TIPOLOGIA\_RAPPORTO: codice della tipologia di rapporto
  - DESC\_TIPOLOGIA\_RAPPORTO: descrizione della tipologia di rapporto
  - CODICE\_RUOLO: codice del ruolo
  - DESCRIZIONE\_RUOLO: descrizione del ruolo
  - PROFILO\_PROFESSIONALE\_STD: descrizione del profilo professionale
  - CODICE\_PROFILO\_PROF\_STD: codice del profilo professionale
  - AGGR\_MODULO3: raggruppamento per modulo 3
  - CODICE\_PERSONALE: codice personale
  - DESCRIZIONE: descrizione codice personale
  - COD\_COAN: codice del/i fattore/i produttivo/i
  - FLAG\_ATS: valorizzato con S, se di competenza delle ATS
  - FLAG\_ASST: valorizzato con S, se di competenza delle ASST
  - FLAG\_IRCCS: valorizzato con S, se di competenza degli IRCCS.
  - DATA\_INI\_GEST: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione dell'associazione figura professionale-fattore produttivo
  - DATA\_FINE\_GEST: data di fine gestione, segna la disattivazione della combinazione; è valorizzata con '31/12/3999' se l'associazione risulta attiva.
- La **exp\_ENUM\_COAN\_CONTI\_INTERPRESIDIO** riporta le associazioni tra conti coan di costo e ricavo figurativo inerenti agli scambi tra i diversi presidi di uno stesso ente. Tali associazioni devono essere rispettate dagli enti durante la predisposizione del flusso coan da inviare. Data di inizio e fine gestione determinano il periodo di validità delle associazioni tra codici di conto per costi e ricavi.

Il tracciato è dettagliato di seguito:

- ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN'
  - CONTOCOANSTD\_RICAVOFIGURATIVO: codice del fattore produttivo di ricavo figurativo
  - CONTOCOANSTD\_COSTOFIGURATIVO: codice del fattore produttivo di costo figurativo
  - DATA\_INI\_GEST: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione dell'associazione fattore produttivo di ricavo figurativo – fattore produttivo di costo figurativo.
  - DATA\_FINE\_GEST: data di fine gestione, segna la disattivazione dello scambio inter-presidio; è valorizzata con '31/12/3999' se l'associazione risulta attiva.
- la **exp\_ENUM\_COAN\_CONTI\_NEGATIVI** gestisce le casistiche per cui sono ammessi importi o saldi negativi.
    - ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN'
    - CONTOCOANSTD: codice del fattore produttivo
    - CONTOCOANSTD\_DESC: descrizione del fattore produttivo
    - FLAG\_NEGATIVI: valorizzato con S se il fattore produttivo può assumere valori negativi in corrispondenza di centri di costo reali
    - ID\_SALDO: raggruppamento 'Personale', usato per l'implementazione di controllo sul saldo negativo
    - DATA\_INI\_GEST: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione dell'associazione
    - DATA\_FINE\_GEST: data di fine gestione, segna la disattivazione dell'associazione; è valorizzata con '31/12/3999' se l'associazione risulta attiva.

- la tabella **exp\_ENUM\_COAN\_INCROCI\_CONTO\_CDC** riporta gli incroci tra i codici conto standard e i codici dei centri di costo autorizzati. Il conto coan presente in tabella confluirà nel centro di costo associato in tabella. Per praticità, qualora un conto possa confluire in più centri di costo codificati con la stessa area di attività è possibile inserire un'unica riga popolata con il codice conto e associata all'identificativo dell'area di attività presente nel codice del centro di costo, seguita da asterisco. La colonna "esclusi" ha la finalità di escludere nell'associazione tra conto e area di attività un particolare centro di costo, mantenendo valida invece l'associazione per tutti gli altri codici di centro di costo di quell'area di attività. Il tracciato è dettagliato di seguito:
  - ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN'
  - CONTOCOANSTD: codice del fattore produttivo
  - CDCSTD: codice del centro di costo o del raggruppamento di centri di costo, per cui è ammesso l'incrocio con lo specifico fattore produttivo definito nella colonna 'CONTOCOANSTD'
  - ESCLUSI: codice del centro di costo o del raggruppamento di centri di costo, che risultano eccezioni alla regola definita in colonna 'CDCSTD'
  - DATA\_INI\_GEST: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione dell'incrocio fattore produttivo-centro di costo
  - DATA\_FINE\_GEST: data di fine gestione, segna la disattivazione dell'incrocio fattore produttivo-centro di costo; è valorizzata con '31/12/3999' se l'incrocio risulta attivo.
  
- **exp\_ENUM\_COAN\_STRUTTURA\_COAN** associa i fattori produttivi al relativo RIF, al fine di consentire la quadratura CoAn-CoGe, insieme alla exp\_ENUM\_COAN\_STRUTTURA\_COGE. Il tracciato è dettagliato di seguito:
  - ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN'
  - RIFERIMENTO: codice 'Riferimento'
  - DESCRIZIONE\_RIFERIMENTO: descrizione del codice Riferimento
  - CONTO: codice del fattore produttivo
  - DESCRIZIONE\_CONTO: descrizione del fattore produttivo
  - DATA\_INI\_GEST: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione dell'associazione fattore produttivo-RIF.
  - DATA\_FINE\_GEST: data di fine gestione, segna la disattivazione dell'associazione fattore produttivo-RIF; è valorizzata con '31/12/3999' se l'associazione risulta attiva.
  
- **exp\_ENUM\_COAN\_STRUTTURA\_COGE** associa i conti di Nota Integrativa (NI) al relativo Riferimento (RIF), col fine di consentire la quadratura CoAn-CoGe insieme alla exp\_ENUM\_COAN\_STRUTTURA\_COAN. Il tracciato è dettagliato di seguito:
  - ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN'
  - RIFERIMENTO: codice 'Riferimento'
  - DESCRIZIONE\_RIFERIMENTO: descrizione del codice Riferimento
  - CONTO: codice Conto NI
  - DESCRIZIONE\_CONTO: descrizione conto NI
  - FLAG\_BENI\_SERVIZI\_ATS: valorizzato con S, se relativo a Beni e Servizi per le ATS
  - FLAG\_BENI\_SERVIZI\_ASST: valorizzato con S, se relativo a Beni e Servizi per le ASST
  - FLAG\_BENI\_SERVIZI\_IRCCS: valorizzato con S, se relativo a Beni e Servizi per gli IRCCS
  - DATA\_INI\_GEST: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione dell'associazione Conto NI-RIF.

- DATA\_FINE\_GEST: data di fine gestione, segna la disattivazione dell'associazione Conto NI-RIF; è valorizzata con '31/12/3999' se l'associazione risulta attiva.
- La **exp\_ENUM\_COAN\_CDC\_CODSTRU** gestisce le possibili associazioni fra centro di costo e tipo struttura
  - ID\_FLUSSO: flusso di riferimento, sempre valorizzato con 'COAN'
  - COD\_CDCSTRU: codice centro di costo
  - AMMESSI\_ESCLUSI: indica se è possibile o meno associare un cdc al tipo di struttura; valorizzato con 'AMMESSI' o 'ESCLUSI'
  - TIPO\_LIVELLO: valorizzato con 'SAN' o 'RIC'
  - DATA\_INI: data di inizio gestione, coincide con l'attivazione della combinazione
  - DATA\_FINE: data di fine gestione, segna la disattivazione della combinazione; è valorizzata con '31/12/3999' se l'associazione risulta attiva.

La tabella ragiona in maniera differente a seconda del valore del campo 'TIPO\_LIVELLO'. Se il valore è uguale a 'SAN' contiene i valori ammessi, per il valore è uguale a 'RIC' contiene i valori da escludere.

### **Modifiche ENUM**

Ogni qual volta si apre/chiude un fattore produttivo nella **exp\_ENUM\_COAN\_ANAG\_CONTI\_STD** altre ENUM potrebbero essere impattate. Nel dettaglio:

- **exp\_enum\_coan\_struttura\_coan**
- **exp\_enum\_coan\_anag\_personale**
- **exp\_enum\_coan\_conti\_interpresidio**
- **exp\_enum\_coan\_conti\_negativi**
- **exp\_enum\_coan\_incroci\_conto\_cdc**

Allo stesso modo l'inserimento di un nuovo centro di costo e/o l'aggiornamento/chiusura di uno esistente potrebbe richiedere azioni a cascata sulle ENUM:

- **exp\_enum\_coan\_cdc\_codstru**
- **exp\_enum\_coan\_incroci\_conto\_cdc.**

### **Anagrafica strutture LR23**

La tabella di anagrafica regionale (*anag\_strutture\_LR23*), popolata da Regione Lombardia sulla base della CUDES e mantenuta nel caso di modifiche dei codici struttura, è disponibile al percorso *SMAF > Moduli generali > Documentazione > Archivio Documenti > Dati Codificati*.

## Moduli di qualità

A seguito di ciascuno invio del flusso CoAn su SMAF, il sistema restituisce degli esiti che verificano la qualità del dato trasmesso, i Moduli di qualità. Gli esiti prodotti (in formato .xls) sono scaricabili dalla scheda di dettaglio dell'invio, in 'Parametri di Invio', cliccando sul dischetto nella colonna 'Verifica Integrità'.

I principi di funzionamento dei Moduli di qualità sono presentati di seguito.

### Modulo 1

Il MODULO 1 - Quadratura COGE-COAN verifica la quadratura, per aggregati di conti COAN e conti COGE, tra i due dati economici.

Report di Quadratura COAN - COGE		Regione Lombardia		
Codice Ente XXX - Descrizione Ente				
ANNO 201X PERIODO K				
COGE=CONS				
Data invio COAN : GG/MM/ANNO ore hh:mm		(Euro/000)		
Conti	COAN (A)	COGE (B)	Differenza (A) - (B)	Differenza %* (A - B)/B*100
<b>RICAVI</b>				
<b>Contributi in c/ esercizio</b>				
Contributi in c/ esercizio da Regione per quota FSR				
Contributi in c/ esercizio da Regione, ASL-AO-Fondazioni della Regione per altri finanziamenti - extra fondo				
Contributi in c/ esercizio per l'attività di ricerca				
Contributi c/esercizio da altri Enti pubblici				
Contributi c/esercizio da altri				
<b>Proventi e ricavi diversi non sanitari</b>				
Ricavi per prestazioni non sanitarie				
Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari				

Figura 11: Template del Modulo 1 – Quadratura CoGe - CoAn

Nel Modulo 1, ogni aggregato di conti (corrispondente ad una riga) è associato ad uno specifico RIF o ad una formula matematica di RIF, attraverso cui è possibile confrontare gli importi di CoAn e CoGe. Le logiche di funzionamento attualmente in vigore sono riportate nella tabella a seguire:

Tabella 33: Logiche di quadratura CoAn-CoGe attive nel Modulo 1

Chiave	Conti
<b>Contributi in c/ esercizio</b>	
AA0040- AA0250+AA0280+AA0031+AA0032+AA0034+AA0035+AA0036 +AA0271	Contributi in c/ esercizio da Regione per quota FSR

Chiave	Conti
AA0070+AA0080+AA0090+AA0100+AA0120+AA0130+AA0150+AA0290+AA0160	Contributi in c/ esercizio da Regione, ATS-ASST-Fondazioni della Regione per altri finanziamenti - extra fondo
AA0190+AA0200+AA0210+AA0220+AA0300	Contributi in c/ esercizio per l'attività di ricerca
AA0230+AA0310+AA0141+AA0171+AA0170-AA0260	Altri Contributi c/esercizio
<b>Proventi e ricavi diversi non sanitari</b>	
AA1070	Ricavi per prestazioni non sanitarie
AA1080	Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari
AA1090	Altri proventi diversi
<b>Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche</b>	
AA0550+AA0860+AA0660_s	Cessione sangue, emoderivati ed emocomponenti
AA0760+AA0870+AA0930	Concorsi, recuperi e rimborsi da privati
AA0780+AA0810+AA0850	Rimborso oneri stipendiali personale in comando
AA0820+AA0830+AA0790	Concorsi, recuperi e rimborsi da pubblico (intercompany)
AA0990+AA1000+AA1010+AA1020+AA1030+AA1040+AA1050	Costi capitalizzati
<b>Ricavi per prestazioni sanitarie</b>	
AA0430+AA0440+AA0590+AA0660+AA0561+AA0602+AA0421+AA0541+AA0422+AA0423+AA0542+AA0424+AA0425	Altre prestazioni sanitarie e socio-san
AA0350+AA0460+AA0600	Prestazioni di ricovero
AA0360_a+AA0470_a+AA0600_a	Prestazioni di specialistica ambulatoriali
AA0471+AA0361	Prestazioni PS
AA0360_b+AA0470_b	Screening
AA0360_c+AA0470_c+AA0600_c	Prestazioni di NPI
AA0370+AA0480	Attività di psichiatria
AA0380+AA0490+AA0600_r	Attività distribuzione farmaci
AA0680+AA0690+AA0700+AA0710+AA0720+AA0730+AA0740	Attività libero professionale
<b>Proventi finanziari e straordinari</b>	
CA0020+CA0040+CA0030	Interessi attivi
EA0010+CA0060+CA0080+CA0090	Proventi e Plusvalenze; Sopravvenienze Attive
<b>Consumi</b>	
BA0040_q+BA0050_q+BA0051_q+BA0301_q+BA0040_r+BA0301_r	Prodotti farmaceutici e File F
BA0040_s+BA0060+BA0301_s	Emoderivati
BA0080+BA0090+BA0100	Sangue ed emocomponenti
BA0220	Dispositivi medici
BA0230	Dispositivi medici impiantabili attivi
BA0240	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)
BA0303	Dispositivi medici intercompany
BA0250+BA0304	Prodotti dietetici
BA0260+BA0305	Materiali per la profilassi (vaccini)
BA0270+BA0306	Prodotti chimici
BA0280+BA0307	Materiali e prodotti per uso veterinario
BA0290+BA0308	Altri beni e prodotti sanitari
BA0320+BA0380+BA0370+BA0360+BA0350+BA0340+BA0330	Beni non sanitari
<b>Servizi Sanitari</b>	

Chiave	Conti
BA1110+BA1130+BA1120+BA1100	Trasporto sanitario
BA1210+BA1230+BA1220+YA0040+BA1260	Costo attività libera professione
BA1240+BA1250	Costo attività area a pagamento
BA1290+BA1300+BA1320+BA1330+BA1340	Rimborsi e contributi
BA1510+BA1530+BA1542	Altri servizi sanitari
<b>Acquisto di prestazioni</b>	
BA0430+BA0480	MMG
BA0440	PLS
BA0450	Continuità assistenziale
BA0460+BA0570	Specialisti convenzionati
BA0810+BA0830+BA0840+BA1541	Acquisto di ricoveri
BA1030	Assistenza termale
BA1160_p+BA1180_p	Servizi sanitari, socio-sanitari diversi e socio-assistenziali
BA0540_a+BA0550_a+BA0580_a+BA1541_a+BA0541+BA0551+BA0561+BA0580_t+BA0560_a	Prestazioni specialistiche ambulatoriali e PS
BA0540_b+BA0580_b	Prestazioni di screening
BA0540_c+BA0580_c	Prestazioni di NPI
BA0910+BA0940+BA0950	Prestazioni psichiatriche (ex art. 46)
BA0500+BA0520+BA0510	Farmaceutica
BA0970+BA0990+BA1000+BA1541_r	Acquisto farmaci file "F", I ciclo e doppio canale ed altre forme di distribuzione
BA0740+BA0710+BA0720+BA0730	Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa
BA0790+BA0760+BA0770+BA0780	Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica
BA0660+BA0670+BA0680	Prestazioni socio-sanitarie da IDR
ba1152_e+BA1180_e+BA1160_e	Prestazioni socio-sanitarie da CDI
ba1152_f+BA1160_f+BA1180_f+BA1190_f	Prestazioni socio-sanitarie da RSD
ba1152_h+BA1160_h+BA1180_h	Prestazioni socio-sanitarie da CDD
BA1160_i+BA1180_i	Prestazioni socio-sanitarie da CSS
BA1152_l+BA1160_l+BA1180_l+BA1190_l+BA1170_l	Prestazioni socio-sanitarie da servizi di cure Palliative
BA1152_d+BA1160_d+BA1180_d+BA1190_d	Prestazioni socio-sanitarie da RSA
BA1151+BA1170_m	Prestazioni socio-sanitarie da ADI
BA1160_m+BA1180_m+BA1190_m+BA1152_m	Altre prestazioni socio-sanitarie
BA1180_n+BA1190_n	Prestazioni socio-sanitarie da strutture per tossicodipendenti
BA1500+BA1520	Altri servizi sanitari e socio-sanitari
BA1180_o	Prestazioni socio-sanitarie da Consulтори
<b>Servizi non sanitari</b>	
BA1580	Lavanderia
BA1590	Pulizia
BA1600	Mensa
BA1610	Riscaldamento
BA1620	Servizi di assistenza informatica
BA1630	Servizi trasporti (non sanitari)
BA1640	Smaltimento rifiuti
BA1650	Utenze telefoniche

Chiave	Conti
BA1660	Utenze elettricità
BA1670	Altre utenze
BA1690+BA1700	Assicurazioni
BA1720+BA1740+BA1730	Altri servizi non sanitari
BA1890+BA1900	Formazione
BA2540+BA1850	Organi istituzionali
<b>Manutenzione e riparazioni</b>	
BA1920+BA1930	Manutenzione fabbricati, impianti e macchinari
BA1940	Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche
BA1950+BA1980+BA1970+BA1960	Altre manutenzioni
<b>Godimento beni di terzi</b>	
BA2000+BA2070	Altri godimenti beni terzi
BA2020+BA2050	Noleggi e leasing sanitari
BA2030+BA2060+BA2061	Noleggi e leasing non sanitari
<b>Costo del personale dipendente</b>	
BA2110	Costo personale medico/veterinario
BA2150	Costo personale dirigente non medico ruolo sanitario
BA2190	Costo personale comparto sanitario
BA2240	Costo personale dirigente professionale
BA2280	Costo personale comparto professionale
BA2330	Costo personale dirigente tecnico
BA2370	Costo personale comparto tecnico
BA2420	Costo personale dirigente amministrativo
BA2460	Costo personale comparto amministrativo
<b>Costo del personale in posizione di comando e/o convenzioni (in entrata)</b>	
BA1450	Costo personale sanitario in comando
BA1840	Costo personale non sanitario in comando
<b>Co.Co.Co e interinali</b>	
BA1410	Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato
BA1420	Indennità a personale universitario - area sanitaria
BA1430	Lavoro interinale - area sanitaria
BA1800	Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato
BA1820	Lavoro interinale - area non sanitaria
<b>Consulenze</b>	
BA1270+BA1440+BA1400+BA1390+BA1370+BA1360	Consulenze sanitarie e socio-sanitarie
BA1760+BA1830+BA1790+BA1770+BA1831	Consulenze non sanitarie
<b>Oneri diversi di gestione</b>	
BA2550+BA2520+BA2551	Oneri diversi di gestione
BA2510	Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)
<b>Ammortamenti e svalutazioni</b>	
BA2570+BA2620+BA2610+BA2600	Ammortamenti

Chiave	Conti
BA2640+DA0020+DA0010+BA2650	Svalutazioni e rivalutazioni
<b>Accantonamenti</b>	
BA2710+BA2750+BA2740+BA2730+BA2720+BA2741+BA2751	Accantonamenti rischi e contenzioso
BA2760+BA2890	Altri accantonamenti
BA2780+BA2810+BA2800+BA2790+BA2811+BA2771	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi
BA2840+BA2850	Acc. rinnovi convenzioni
BA2860+BA2880+BA2870+BA2881+BA2882+BA2883+BA2884	Acc. rinnovi contrattuali
<b>Altri oneri e imposte</b>	
CA0120+CA0140+CA0130	Interessi passivi
CA0160+CA0170+EA0260	Altri oneri straordinari; Minusvalenze e Sopravvenienze passive
YA0050+YA0080+YA0070	IRES e IRAP
YA0030	IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente
YA0090	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)
YA0020	IRAP relativa a personale dipendente

### Modulo 3

Il MODULO 3 - Quadratura del personale genera il costo medio per profilo professionale.

Nello specifico riporta i codici 'Personale' suddivisi per tipologia contrattuale, mostrando per ognuno il dettaglio delle teste pesate e il costo totale e medio. Viene inoltre presentata una sintesi del costo medio per categoria professionale, distinguendo fra dirigenti sanitari, comparto sanitario, personale professionale, personale tecnico e personale amministrativo.

Ente XXX - XXXXX				Periodo : 20XX - XX trimestre		Data Invio COAN : 08-febbraio-23, ore 10:19	
<b>Personale Dipendente</b>							
		COSTO	TESTE FTE	Costo Medio			
111	R.S. - dirigente medico	€ 1.518.326,41	6,42	€	236.417,61		
112	R.S. - dirigente sanitario	€ 88.225,42	1,00	€	88.225,42		
113	R.S. - dirigente veterinario	€ -	-	€	-		
114	R.S. - personale infermieristico	€ 1.974.994,77	37,32	€	52.922,12		
115	R.S. - personale tecnico sanitario	€ -	4,85	€	-		
116	R.S. - personale riabilitazione	€ -	-	€	-		
117	R.S. - personale della vigilanza/ispezione	€ -	-	€	-		
121	R.P. - Dirigente professionale	€ -	-	€	-		
122	R.P. - Personale comparto professionale	€ -	-	€	-		
131	R.T. - Dirigente Tecnico	€ -	-	€	-		
132	R.T. - Personale assistenza sociale	€ -	-	€	-		
133	R.T. - Altro Personale comparto tecnico	€ 1.149.631,77	28,80	€	39.916,23		
141	R.A. - Dirigente Amministrativo	€ 15.534,69	-	€	-		
142	R.A. - Personale comparto amministrativo	€ 323.635,99	8,95	€	36.164,94		
<b>TOTALE</b>		<b>€ 5.070.349,05</b>	<b>87,34</b>	<b>€</b>	<b>58.052,26</b>		

SINTESI		Costo Medio
DIRIGENTI SANITARI	€	216.451,59
COMPARTO SANITARIO	€	46.835,35
PERSONALE PROFESSIONALE	€	-
PERSONALE TECNICO	€	39.916,23
PERSONALE AMMINISTRATIVO	€	37.900,87

Figura 12: template Modulo 3 – Quadratura del Personale

## Modulo 4

Il MODULO 4 - Ribaltamenti servizi intermedi verifica la coerenza dei ribaltamenti dei servizi intermedi. Evidenza, grazie ad un sistema a semaforo, se i ribaltamenti sui centri di costo utilizzatori (suddivisi per Servizi alberghieri, Altri servizi alberghieri e costi di presidio, Servizi CUP e Cassa, Servizi Diagnostici e di Supporto Sanitari) sono corretti (verde), non corretti (rosso) o necessitano di approfondimento sui centri di costo locali (arancio).

**Report di analisi dei Ribaltamenti dei Servizi Intermedi**



Regione Lombardia  
ENTE XXX - XXXXXX  
ANNO 2022 - 4° trimestre  
Data Invio CDAM - 680202623 ore 16:15

**Legenda**

- Corretto
- Approfondire verifica su cdc locali
- Ribaltamento non corretto

Servizi alberghieri centri misti (con ricavi diretti da sottrarre)											
Codice CDC standard	Descrizione CDC standard	Ricavi	Ricavi per interni (indiretti)	Costi diretti	Costi indiretti	Costi totali	Costi da ribaltare	Costi interni attribuiti	Delta costi ribaltati-ricavi indiretti (Squadratore)	Delta costi ribaltati vs costi da ribaltare (SOVRA/SOTTO ATTRIBUZIONE)	Verifica Delta
404000	Accettazione ricoveri e servizio cartelle cliniche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	se k=0 verde altrimenti rosso, se j=0 sempre verde altrimenti rosso
4040400	Cucina e mensa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	se k=0 verde altrimenti rosso, se j=0 sempre verde altrimenti rosso
Altri Servizi alberghieri e costi di presidio Centri solo per interni (a costo pieno)											
Codice CDC standard	Descrizione CDC standard	Ricavi	Ricavi per interni (indiretti)	Costi diretti	Costi indiretti	Costi totali (COSTO PIENO)	Costi da ribaltare	Costi ribaltati	Delta costi ribaltati-ricavi indiretti (Squadratore)	Delta costi ribaltati vs costi da ribaltare (SOVRA/SOTTO ATTRIBUZIONE)	Verifica Delta
4040200	Altri servizi alberghieri			0	0	0	0	0	0	0	se k=0 verde altrimenti rosso, se j=0 sempre verde altrimenti rosso
4040300	Portineria Controllo e vigilanza			0	0	0	0	0	0	0	se k=0 verde altrimenti rosso, se j=0 sempre verde altrimenti rosso
4040600	Direzione di Presidio e costi comuni			0	333	0	333	333	0	333	se k=0 verde altrimenti rosso, se j=0 sempre verde altrimenti rosso
4040517	Pool centrali di sostituzione			0	0	0	0	0	0	0	se k=0 verde altrimenti rosso, se j=0 sempre verde altrimenti rosso
Servizi CUP e Cassa Centro solo per interni (a costo pieno)											
Codice CDC standard	Descrizione CDC standard	Ricavi	Ricavi per interni (indiretti)	Costi diretti	Costi indiretti	Costi totali (COSTO PIENO)	Costi da ribaltare	Costi ribaltati	Delta costi ribaltati-ricavi indiretti (Squadratore)	Delta costi ribaltati vs costi da ribaltare (SOVRA/SOTTO ATTRIBUZIONE)	Verifica Delta
2061407	CUP e cassa		475.027	1.930	0	1.930	1.930	0	-475.027	1.930	se k=0 verde altrimenti rosso, se j=0 sempre verde altrimenti rosso
Servizi Diagnostici e di Supporto Sanitari											
Servizi di supporto sanitari Centri solo per interni (a costo pieno)											
Codice CDC standard	Descrizione CDC standard	Ricavi	Ricavi per interni (indiretti)	Costi diretti	Costi indiretti	Costi totali (COSTO PIENO)	Costi da ribaltare	Costi ribaltati	Delta costi ribaltati-ricavi indiretti (Squadratore)	Delta costi ribaltati vs costi da ribaltare (SOVRA/SOTTO ATTRIBUZIONE)	Verifica Delta
3050310	Siti operatorie (compreso il servizio di anestesia)		0	0	0	0	0	0	0	0	se j=0 e k=0 verde, altrimenti rosso
3050304	Dietetica/Dietologia		0	0	0	0	0	0	0	0	se j=0 e k=0 verde, altrimenti rosso
3050312	Stomatologia		0	0	0	0	0	0	0	0	se j=0 e k=0 verde, altrimenti rosso
3050205	Eso-Diagnostica		0	0	0	0	0	0	0	0	se j=0 e k=0 verde, altrimenti rosso

Figura 13: Template Modulo 4 - Ribaltamenti servizi intermedi

## Allegato 7: Tariffario Endoscopia

COD. ICD9-CM	DESCRIZIONE ICD9-CM	SPECIFICA PRESTAZIONE	TOTALE COSTO INDUSTRIALE	MAGGIORAZIONE (25%)	TOTALE COSTO INDUSTRIALE CON URGENZA
<b>CPRE (colangiopancreatografia retrograda endoscopica) + PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b>					
51.10	COLANGIOPANCREATOGRAFI A RETROGRADA ENDOSCOPICA [ERCP]		€ 579,88	€ 144,97	€ 724,84
51.14	ALTRA BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL TRATTO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI	BIOPSIA O BRUSH PAPPILA E VIE BILIARE	€ 134,40	€ 33,60	€ 168,00
52.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL DOTTO PANCREATICO	BIOPSIA DEL DOTTO PANCREATICO	€ 61,93	€ 15,48	€ 77,41
51.15	MISURAZIONE DI PRESSIONE DELLO SFINTERE DI ODDI	MISURAZIONE PRESSIONE SFINTERE DI ODDI	€ -	€ -	€ -
51.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULLE VIE BILIARI	DUTTOSCOPIA CON SPY GLASS	€ 4.400,93	€ 1.100,23	€ 5.501,16
51.64	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE DEI DOTTI BILIARI O DELLO SFINTERE DI ODDI	AMPULLECTOMIA	€ 316,40	€ 79,10	€ 395,50
51.81	DILATAZIONE DELLO SFINTERE DI ODDI	DILATAZIONE DELLO SFINTERE DI ODDI	€ 293,32	€ 73,33	€ 366,65
51.82	SFINTEROTOMIA PANCREATICA INCISIONE DELLO SFINTERE PANCREATICO	SFINTEROTOMIA PANCREATICA	€ 264,34	€ 66,09	€ 330,43
51.85	SFINTEROTOMIA E PAPPILLOTOMIA ENDOSCOPICA	PAPPILLOSFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA PST	€ 358,89	€ 89,72	€ 448,61
51.85	SFINTEROTOMIA E PAPPILLOTOMIA ENDOSCOPICA	PAPPILLOSFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA PST CON PRECUT	€ 656,65	€ 164,16	€ 820,82
51.84	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELL'AMPOLLA E DEL DOTTO BILIARE	DILATAZIONE VB	€ 289,13	€ 72,28	€ 361,41
51.86	INSERZIONE ENDOSCOPICA DI TUBO PER DRENAGGIO NASOBILIARE	DRENAGGIO NASO BILIARE	€ 641,26	€ 160,32	€ 801,58
51.87	INSERZIONE ENDOSCOPICA DI TUBO NEL DOTTO BILIARE	PROTESI BILIARE PLASTICA	€ 168,11	€ 42,03	€ 210,14
51.87	INSERZIONE ENDOSCOPICA DI TUBO NEL DOTTO BILIARE	PROTESI PANCREATICA	€ 831,88	€ 207,97	€ 1.039,85
51.88	RIMOZIONE ENDOSCOPICA DI CALCOLI DAL TRATTO BILIARE	RIMOZIONE SEMPLICE DI CALCOLI DEL TRATTO BILIARE	€ 323,30	€ 80,83	€ 404,13
51.88	RIMOZIONE ENDOSCOPICA DI CALCOLI DAL TRATTO BILIARE	LITOTRISSIA MECCANICA DI CALCOLI DEL TRATTO BILIARI	€ 572,70	€ 143,17	€ 715,87
51.88	RIMOZIONE ENDOSCOPICA DI CALCOLI DAL TRATTO BILIARE	LITOTRISSIA ELETTROIDRAULICA (EHL) CON SPYGLASS DI GROSSI CALCOLI BILIARI	€ 4.822,85	€ 1.205,71	€ 6.028,56
51.95	RIMOZIONI DI PROTESI DAL	RIMOZIONE DI PROTESI DAL	€	€	€

COD. ICD9-CM	DESCRIZIONE ICD9-CM	SPECIFICA PRESTAZIONE	TOTALE COSTO INDUSTRIALE	MAGGIORAZIONE (25%)	TOTALE COSTO INDUSTRIALE CON URGENZA
	DOTTO BILIARE	DOTTO BILIARE	65,99	16,50	82,49
52.21	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO DEL DOTTO PANCREATICO	ASPORT/DEMOLIZ. LESIONE O TESSUTO DEL DOTTO PANCREATICO	€ 94,97	€ 23,74	€ 118,72
52.92	INCANNULAZIONE DEL DOTTO PANCREATICO	INCANULAZIONE PAPPILLA MINOR	€ 403,12	€ 100,78	€ 503,90
52.93	INSERZIONE ENDOSCOPICA DI TUBO NEL DOTTO PANCREATICO	PROTESI PANCREATICA	€ 143,68	€ 35,92	€ 179,60
52.94	RIMOZIONE ENDOSCOPICA DI CALCOLI DAL DOTTO PANCREATICO	RIMOZIONE CALCOLI DOTTO PANCREATICO	€ 327,50	€ 81,87	€ 409,37
52.97	INSERZIONE ENDOSCOPICA DI TUBO PER DRENAGGIO NASOPANCREATICO	DRENAGGIO NASO PANCREATICO	€ 166,75	€ 41,69	€ 208,43
<b>ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGD) (cod. 45.13) + PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b>					
45.16	ESOFAGO GASTRO DUODENOSCOPIA	ESOFAGO GASTRO DUODENOSCOPIA ESAME DI BASE	€ 733,11	€ 183,28	€ 916,38
42.33	ASPORTAZIONE DEMOLIZIONE DI TESSUTO ESOFAGEO	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE	€ 253,80	€ 63,45	€ 317,25
42.33	ASPORTAZIONE DEMOLIZIONE DI TESSUTO ESOFAGEO	LEGATURA DI VARICI ESOFAGEE	€ 288,89	€ 72,22	€ 361,12
42.33	ASPORTAZIONE DEMOLIZIONE DI TESSUTO ESOFAGEO	DISSEZIONE SOTTOMUCOSA ESOFAGEA	€ 2.308,12	€ 577,03	€ 2.885,15
42.81	INTUBAZIONE PERMANENTE DELL'ESOFAGO	PROTESI ESOFAGEA METALLICA	€ 1.167,96	€ 291,99	€ 1.459,95
42.81	INTUBAZIONE PERMANENTE DELL'ESOFAGO	PROTESI BARIATRICA	€ 1.715,47	€ 428,87	€ 2.144,33
42.92	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO	DILATAZIONE ESOFAGO TRATTAMENTO ACALASIA	€ 539,39	€ 134,85	€ 674,23
42.84	RIPARAZIONE DI FISTOLA ESOFAGEA, NON CLASSIFICATA ALTROVE	RIPARAZIONE ENDOSCOPICA DI FISTOLA ESOFAGEA CON PROTESI PLASTICA	€ 1.744,86	€ 436,22	€ 2.181,08
42.86	PRODUZIONE DI TUNNEL SOTTOCUTANEO SENZA ANASTOMOSI ESOFAGEA	POEM MIOTOMIA ENDOSCOPICA PERIORE	0	0	0
42.99	ALTRI INTERVENTI SULL'ESOFAGO	TRATTAMENTO ACALASIA CON TOSSINA BOTULINICA	€ 134,47	€ 33,62	€ 168,08
96.06	INSERZIONE DEL TUBO DI SENGSTAKEN	INSERZIONE DEL TUBO DI SENGSTAKEN	€ 192,70	€ 48,17	€ 240,87
<b>STOMACO + PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b>					
44.93	INSERZIONE DI BOLLA GASTRICA (PALLONCINO)	INSERZIONE DI PALLONE GASTRICO	€ 2.408,45	€ 602,11	€ 3.010,56
44.94	RIMOZIONE DI BOLLA GASTRICA (PALLONCINO)	RIMOZIONE DI PALLONE GASTRICO	€ 1.108,09	€ 277,02	€ 1.385,11
44.41	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO	DISSEZIONE GASTRICA	€ 1.666,90	€ 416,72	€ 2.083,62

COD. ICD9-CM	DESCRIZIONE ICD9-CM	SPECIFICA PRESTAZIONE	TOTALE COSTO INDUSTRIALE	MAGGIORAZIONE (25%)	TOTALE COSTO INDUSTRIALE CON URGENZA
	PER VIA ENDOSCOPICA				
44.43	CONTROLLO ENDOSCOPICO DI SANGUINAMENTO GASTRICO O DUODENALE	SCLEROSI VARICI GASTRICHE CON GLUBRAN	€ 648,02	€ 162,00	€ 810,02
44.32	GASTRODIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA [ENDOSCOPICA]	PEJ -PEG	€ 352,73	€ 88,18	€ 440,91
46.32	DIGIUNOSTOMIA	PEJ -PEG	€ 407,88	€ 101,97	€ 509,85
44.43	CONTROLLO ENDOSCOPICO DI SANGUINAMENTO GASTRICO O DUODENALE	CONTROLLO DI SANGUINAMENTO DI LESIONI NON VARICOSE	€ 892,27	€ 223,07	€ 1.115,34
44.63	CHIUSURA DI ALTRA FISTOLA GASTRICA	CHIUSURA DI FISTOLA GASTRICA CON MACROCLIP	€ 1.969,11	€ 492,28	€ 2.461,38
97.51	RIMOZIONE DI TUBO DI GASTROSTOMIA	RIMOZIONE DI GASTROSTOMIA	€ 59,41	€ 14,85	€ 74,26
<b>DUODENO + PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b>					
46.85	DILATAZIONE DELL'INTESTINO	PROTESI DUODENALE	€ 1.413,16	€ 353,29	€ 1.766,45
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	DECOMPRESSIONE INTESTINALE	€ 382,13	€ 95,53	€ 477,66
45.3	ASPORTAZIONE DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE DEL DUODENO	MUCOSECTOMIA DUODENALE	€ 660,71	€ 165,18	€ 825,88
96.07	INSERZIONE DI ALTRO TUBO NASOGASTRICO (PER DECOMPRESSIONE)	INSERZIONE DI SONDINO NASO GASTRICO SU FILO GUIDA	€ 268,57	€ 67,14	€ 335,72
96.08	INSERZIONE DI TUBO NASOINTESTINALE	INSERZIONE DI SONDINO NASO DIGIUNALE	€ 268,57	€ 67,14	€ 335,72
46.32	DIGIUNOSTOMIA [ENDOSCOPICA] PERCUTANEA [PEJ]	DIGIUNOSTOMIA	€ 747,94	€ 186,98	€ 934,92
45.11	ENDOSCOPIA TRANSADDOMINALE DELL'INTESTINO TENUE	ENDOSCOPIA DEL TENUE INTRAOPERATORIA	€ 738,87	€ 184,72	€ 923,59
<b>ECOENDOSCOPIA (cod. 52.13.1-44.19.3) + PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b>					
52.13.1 44.19.3	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS ECOENDOSCOPIA SUPERIORE	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS ECOENDOSCOPIA SUPERIORE ESAME DI BASE	€ 845,82	€ 211,46	€ 1.057,28
52.01	DRENAGGIO DI CISTI PANCREATICA MEDIANTE CATETERE	DRENAGGIO DELLE RACCOLTE FLUIDE PERIPANCREATICHE CON PROTESI	€ 718,99	€ 179,75	€ 898,74
52.01	DRENAGGIO DI CISTI PANCREATICA MEDIANTE CATETERE	DRENAGGIO PSEUDOCISTI PANCREATICA CON PROTESI METALLICA	€ 703,60	€ 175,90	€ 879,50
51.03	ALTRA COLECISTOSTOMIA	DRENAGGIO TRANSGASTRICO DELLA COLECISTI CON PROTESI METALLICA	€ 703,60	€ 175,90	€ 879,50
51.99	ALTRI INTERVENTI SULLE VIE BILIARI	DRENAGGIO TRANSGASTRICO DELLA COLECISTI CON PROTESI METALLICA	€ 703,60	€ 175,90	€ 879,50
51.99	ALTRI INTERVENTI SULLE VIE	DRENAGGIO EPATO GASTRICO	€	€	€

COD. ICD9-CM	DESCRIZIONE ICD9-CM	SPECIFICA PRESTAZIONE	TOTALE COSTO INDUSTRIALE	MAGGIORAZIONE (25%)	TOTALE COSTO INDUSTRIALE CON URGENZA
	BILIARI	CON PROTESI METALLICA	<b>1.816,99</b>	<b>454,25</b>	<b>2.271,23</b>
<b>COLONSCOPIA (cod. 45.23) + PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b>					
45.25	COLONSCOPIA CON EV. BIOPSIA	COLONSCOPIA CON EVENTUALE BIOPSIA ESAME DI BASE	€ <b>181,33</b>	€ <b>45,33</b>	€ <b>226,66</b>
45.43	DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI ALTRA LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO	DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI ALTRA LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO	€ <b>2.889,79</b>	€ <b>722,45</b>	€ <b>3.612,24</b>
45.43	DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI ALTRA LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO	DISSEZIONE SOTTOMUCOSA DEL COLON	€ <b>1.068,65</b>	€ <b>267,16</b>	€ <b>1.335,81</b>
45.43	DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI ALTRA LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO	CONTROLLO DI SANGUINAMENTO COLICO	€ <b>381,89</b>	€ <b>95,47</b>	€ <b>477,36</b>
96.09	INSERZIONE DI TUBO RETTALE	PROTESI ENTERALE COLICA	€ <b>1.295,25</b>	€ <b>323,81</b>	€ <b>1.619,06</b>
45.21	ENDOSCOPIA TRANSADDOMINALE DELL'INTESTINO CRASSO	ENDOSCOPIA DELL'INTESTINO CRASSO TRANSOPERATORIA	€ <b>201,43</b>	€ <b>50,36</b>	€ <b>251,78</b>
45.22	ENDOSCOPIA DELL'INTESTINO CRASSO ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE	COLONSCOPIA ATTRAVERSO STOMIA	€ <b>201,43</b>	€ <b>50,36</b>	€ <b>251,78</b>
48.73	CHIUSURA DI ALTRA FISTOLA RETTALE	RIPARAZIONE DI FISTOLA RETTALE CON ENDO-SPONGE	€ <b>657,23</b>	€ <b>164,31</b>	€ <b>821,53</b>
45.34	ALTRA DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'INTESTINO TENUE ECCETTO IL DUODENO	POLIPECTOMIA O APC DELL'INTESTINO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA DB	€ <b>831,49</b>	€ <b>207,87</b>	€ <b>1.039,37</b>

## ***Allegato 8: Tariffario Radiologia Interventistica***

GRUPPO	CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA 2023 AL NETTO DI DEVICE	NOTA
FLEBOGRAFIA	88632	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	300	
FLEBOGRAFIA	88661	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE	300	
FLEBOGRAFIA	8861	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	300	
FLEBOGRAFIA	88662	FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI	320	
FLEBOGRAFIA	8865A	FLEBOGRAFIA ILIACA BILATERALE	320	
FLEBOGRAFIA	88652	FLEBOGRAFIA RENALE	300	
FLEBOGRAFIA	88654	FLEBOGRAFIA SPERMATICA	300	
FLEBOGRAFIA	8865B	FLEBOGRAFIA SURRENALICA	300	
ANGIOGRAFIA	87541	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto	60	
ANGIOGRAFIA	87542	COLANGIOGRAFIA CON DRENAGGIO BILIARE	100	
ANGIOGRAFIA	8848	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE	350	
ANGIOGRAFIA	8849A	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	350	
ANGIOGRAFIA	8849B	ARTERIOGRAFIA SELETTIVA DI RAMO DELL'AORTA - ARTI INFERIORI	350	
ANGIOGRAFIA	8849C	ARTERIOGRAFIA SELETTIVA DI RAMO DELL'AORTA - EPATO/SPLENICA	350	
ANGIOGRAFIA	8849D	ARTERIOGRAFIA SELETTIVA DI RAMO DELL'AORTA - RENALE	350	
ANGIOGRAFIA	88631a	CAVOGRAFIA SUPERIORE	300	
ANGIOGRAFIA	88631b	CAVOGRAFIA INFERIORE	300	
ANGIOGRAFIA	88421	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici	350	
ANGIOGRAFIA	8841B	ARTERIOGRAFIA DEI TRONCHI SOPRA-AORTICI	350	
ANGIOGRAFIA	8841A	ANGIOGRAFIA DEI TRONCHI EPIAORTICI. Carotide, Vertebrale, Succlavia	350	
ANGIOGRAFIA	8843	ARTERIOGRAFIA POLMONARE	410	
ANGIOGRAFIA	8844	ARTERIOGRAFIA SELETTIVA BRONCHIALE	410	
ANGIOGRAFIA	884229	ARTERIOGRAFIA SELETTIVA ALTRI RAMI DELL'AORTA	410	
ANGIOGRAFIA	884221	ARTERIOGRAFIA SELETTIVA DELLA MESENTERICA SUPERIORE	410	
ANGIOGRAFIA	884220	AORTOGRAFIA ADDOMINALE	410	
ANGIOGRAFIA	884222	ARTERIOGRAFIA SELETTIVA DELLA MESENTERICA INFERIORE	410	
ANGIOGRAFIA	884223	ARTERIOGRAFIA SELETTIVA DEL TRIPODE CELIACO	410	
ANGIOGRAFIA	8751	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC)	500	
ANGIOGRAFIA	8751a	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC) CON DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO	700	
ANGIOGRAFIA	8751b	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC) CON INSERIMENTO DI STENT	700	NON INCL. COSTO STENT

GRUPPO	CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA 2023 AL NETTO DI DEVICE	NOTA
ANGIOGRAFIA	8849E	ARTERIOGRAFIA MIDOLLARE (OGNI SEGMENTO c-d-dl)	350	
ANGIOGRAFIA	8849F	ARTERIOGRAFIA MIDOLLARE COMPLETA	900	
DISCECTOMIA PERCUTANEA	8059a	ALTRA DISTRUZIONE DI DISCO INTERVERTEBRALE. DISCECTOMIA PERCUTANEA CERVICALE	1.350	
DISCECTOMIA PERCUTANEA	8059b	ALTRA DISTRUZIONE DI DISCO INTERVERTEBRALE. DISCECTOMIA PERCUTANEA LOMBARE	1.350	
EMB.	9925	CHEMIOEMBOLIZZAZIONE	1.300	
EMB. MALF. ATRIO/VENOSE	3979A	EMBOLIZZAZIONE MALFORMAZIONI ATRIO-VENOSE (MAV CER. / SPIN.)	2.000	
EMB. TERAPEUTICA	3882	EMBOLIZZAZIONE TERAP. PER EPITASSI	2.000	
EMB. FISTOLE	3979B	EMBOLIZZAZIONE FIST. ARTERO VENOSE DURALI (FAVd CER. / SPIN.)	2.200	
EMB. FISTOLE	3972A	EMBOLIZZAZIONE FIST. ARTERO VENOSE CAR. EST.	2.200	
EMB. FISTOLE	3972B	EMBOLIZZAZIONE FIST. CAROTIDO CAVERNOSE (FCC)	2.200	
EMB. TUMORI	3972C	EMBOLIZZAZIONE TUMORI CERVICALI	2.200	
EMB. TUMORI	3972E	EMBOLIZZAZIONE TUMORI ENDOCRINI	2.200	
EMB. TUMORI	3972D	EMBOLIZZAZIONE TUMORI SPINALI	2.200	
EMB. TUMORI	3972G	EMBOLIZZAZIONE TUMORI SPLANCNOCRAN.	2.200	
EMB. TUMORI	3972F	EMBOLIZZAZIONE MENINGIOMA	2.200	
EMB. ANEURISMI CER.	3972H	EMBOLIZZAZIONE ANEURISMI CEREBRALI	2.500	
EMB. VARICOCELE	63991	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE	800	
FIBRINOLISI	99101	FIBRINOLISI ARTERIOSA CEREBRALE	2.200	
FIBRINOLISI	99109	FIBRINOLISI ARTERIOSA (ALTRI DISTRETTI)	3.200	
PLASTICA BILIARE	5199	INSERZIONE ENDOSCOPICA DI TUBO NEL DOTTO BILIARE	350	NON INCL. COSTO STENT
PLASTICA BILIARE	5187	BILIOPLASTICA	350	NON INCL. COSTO STENT
PLASTICA VASI	391	TIPS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt) o Derivazione porto-sistemica intraepatica transgiugulare	2.600	INCL. ANESTESIA
PLASTICA VASI	0061	ANGIOPLASTICA ARTERIA CAROTIDE	900	
PLASTICA VASI	0063	INSERZIONE PERCUTANEA DI STENT NELL' ARTERIA CAROTIDEA	900	
PLASTICA VASI	3950A	Angioplastica percutanea (PTA) TRONCHI EPIAORTICI + STENT	900	NON INCL. COSTO STENT
PLASTICA VASI	3950B	Angioplastica percutanea (PTA) TRONCHI EPIAORTICI	900	
PLASTICA VASI	3950C	ANGIOPLASTICA O ATERECTOMIA DI ALTRO/I VASO/I NON CORONARICO/I	900	
PLASTICA VASI	3950D	PLASTICA DEI VASI PERIFERICI CON STENT	900	NON INCL. COSTO STENT
PLASTICA VASI	0062	Angioplastica percutanea (PTA) VASI INTRACRANICI	1.200	
POSIZ. ACCESSO VENOSO	8607	POSIZIONAMENTO PORTH INTRA-ARTERIOSO	510	NON INCL. COSTO DEVICE

GRUPPO	CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA 2023 AL NETTO DI DEVICE	NOTA
POSIZ. FILTRO CAVALE	387	INSERIMENTO FILTRO CAVALE	450	NON INCL. COSTO DEVICE
VERTEBROPLASTIC A	8165	VERTEBROPLASTICA (o Chifoplastica)	800	
BIOPSIA OSSEA	7749	BIOPSIA OSSEA IN RAADIOSCOPIA	900	

## ***Allegato 9: Istruzioni Operative Flusso Coan: Rilevazione costi e ricavi emergenza COVID***

### **Premessa**

L'impianto definito per mantenere una contabilità separata di gestione dell'emergenza Covid 2020 si affianca quello del tradizionale piano dei cdc\_std e fp\_std;

La rilevazione dei costi in coan segue la logica del costo correlato all'attività erogata e, dove disponibile, alla tariffa e non la logica del costo emergente e/o aggiuntivo; l'obiettivo è, quindi, quello di raccogliere sui cdc individuati **l'ammontare complessivo dei costi necessari all'erogazione di una certa attività**, sia che si tratti di riconversione di costi già esistenti (di personale da un reparto all'altro o da un'attività ad un'altra), sia che si tratti di nuovi costi (assunzione di nuovo personale, attivazione e/o ampliamento di servizi, nuovi beni, etc.).

### **Il piano dei centri di costo standard COV 20**

Il flusso Coan prevede la piena alimentazione dei cdc\_std COV20 ed è esaustivo di tutti i costi riferiti ad attività CoAn. Esso recepisce, quindi, tutti costi sopportati dall'ente, direttamente o indirettamente, per la produzione legata all'emergenza Covid e per la mancata/minore produzione ordinaria. I cdc (sia Covid che non) vanno alimentati **con i costi e ricavi reali** abbattendo, sul cdc di quadratura, l'eventuale differenza rispetto ai valori registrati in bilancio; a tal fine, è necessario nel flusso di coan di registrare **la produzione al valore tariffario** (DRG e ambulatoriale), nonché di valorizzare tamponi e sierologici (anche esternalizzati) al valore della tariffa utilizzando gli appositi fp\_std<sup>52</sup> senza prevedere alcun abbattimento.

Per tenere pertanto separati costi di attività per la loro natura differenziati, occorre utilizzare i seguenti cdc standard:

<b>CDC_STD</b>	<b>DESCRIZIONE CDC_STD</b>	<b>ENTE</b>	<b>ATTIVAZIONE</b>
<b>1010111</b>	COV20 – Prevenzione e sanità pubblica	ATS/ASST/IRCCS	01/07/2020
<b>1050101</b>	COV20 - Vaccinazioni Covid	ATS/ASST/IRCCS	01/10/2020
<b>2030124</b>	COV20 - Emergenza urgenza Covid (118)	ASST/IRCCS	01/01/2020
<b>2020210</b>	USCA/UCA	ATS/ASST	01/10/2020
<b>2042200</b>	COV20 - DPC Covid	ATS	01/10/2020
<b>2043300</b>	COV20 - File F Covid	ATS/ASST/IRCCS	01/10/2020
<b>2061231</b>	COV20 - Attività ambulatoriale covid (no prevenzione)	ATS	01/10/2020
<b>2061238</b>	COV20 - Laboratorio covid	ATS/ASST/IRCCS	01/01/2019
<b>2061239</b>	COV20 - Radiologia e altri servizi diagnostici covid	ATS/ASST/IRCCS	01/07/2020
<b>2081130</b>	COV20 - Assistenza Covid a domicilio (ADI)	ATS/ASST/IRCCS	01/10/2020
<b>2088624</b>	COV20 - Sorveglianza Covid	ATS/ASST/IRCCS	01/07/2020
<b>2088724</b>	COV20 - Assistenza territoriale-domiciliare Covid	ATS/ASST/IRCCS	01/07/2020
<b>2088824</b>	COV20 - Ospedali da campo Covid	ASST/IRCCS	01/10/2020
<b>2101400</b>	COV20 - Psichiatria-residenziale	ATS	01/10/2020

CDC_STD	DESCRIZIONE CDC_STD	ENTE	ATTIVAZIONE
2102120	COV20 - Assistenza Covid presso RSD	ATS/ASST	01/10/2020
2102130	COV20 - Cure intermedie Covid	ATS/ASST	01/10/2020
2103110	COV20 - Tossicodipendenze-residenziale	ATS	01/10/2020
2104110	COV20 - Assistenza Covid presso RSA	ATS/ASST	01/10/2020
2104210	COV20 - Sub acuti	ATS/ASST/IRCCS	01/10/2020
2106110	COV20 - NPI-residenziale	ATS	01/10/2020
3012212	COV20 – Pronto soccorso covid	ASST/IRCCS	01/07/2020
3022324	COV20 - Reparti ordinari Covid	ATS/ASST/IRCCS	01/01/2020
3022424	COV20 - Reparti intensivi Covid	ASST/IRCCS	01/01/2020
3050313	COV 20 - "Appoggio" Paucisintomatici	ATS/ASST/IRCCS	01/10/2021
5000614	COV20 – Personale in assenza covid correlata	ATS/ASST/IRCCS	01/07/2020
5022224	COV20 - Costi comuni Gestione straordinaria Covid	ATS/ASST/IRCCS	01/07/2020

L'attivazione dei cdc non prevede automaticamente che ciascuna azienda sia in grado di popolarli. Si richiede, però, che, qualora le attività vengano effettivamente erogate nell'ambito dell'organizzazione, sia attivato a livello locale un cdc locale da correlare allo standard, così da disporre anche a livello regionale di un maggior dettaglio nella lettura dei dati di costo.

### Indicazioni specifiche per ASST/IRCCS

Di seguito vengono fornite indicazioni sull'utilizzo dei vari cdc\_std cov20 e dei fattori produttivi figurativi attivati per sopperire alle esigenze informative legate a costi e ricavi dell'emergenza pandemica.

#### 1. Area ospedaliera

Nell'area di ricovero sono stati attivati 3 specifici cdc\_std cov20 per rilevare costi e ricavi di:

- Pronto soccorso Covid (3012212)
- Attività di ricovero ordinario Covid (3022324)
- Attività di ricovero intensivo Covid (3022424)
- Attività "Appoggio" Paucisintomatici (3050313)

Devono essere correlati al **cdc dei ricoveri ordinari (3022324)** i reparti che hanno erogato attività a pazienti Covid che negli HSP12 mantengono la radice della disciplina specifica del reparto (medicina 26, pneumologia 68, chirurgia 09, cardiologia 08, etc.) e nella sequenza individuano la prima libera mai utilizzata in passato, classificando poi il campo "tipo divisione" con "C". Analogamente, nel flusso SDO di rendicontazione dell'attività la casistica sarà individuabile sia dai codici diagnosi utilizzati che dal repsto (disciplina old + nuovo progressivo)<sup>53</sup>

Analoga considerazione per le **terapie intensive (3022424)** che trattano casistica Covid e che devono essere correlate al cdc\_std 3022424. Con specifico riferimento alle terapie intensive Covid, si sottolinea che i costi non debbano essere da queste trasferiti sul cdc 3022324, in quanto queste TI lavorano in modo esclusivo

<sup>53</sup> Vedi comunicazione avente ad "Oggetto: Indicazioni per il censimento dei reparti Covid nei modelli HSP12 delle strutture pubbliche ed equiparate – anno 2021" prot. G1.2021.11387 del 23 febbraio 2021

per la casistica Covid ed è per questo che non è stato creato un apposito fp figurativo. Si segnala che non è possibile trasferire costi da una TI (3022149) e/o da un'UTIC (3022150) di tipo non Covid attraverso l'utilizzo dei fp 733022149 e 733022150 al cdc\_std 3022324. Qualora una terapia intensiva di tipo non Covid (3022149) preli risorse ad una TI Covid (3022424) è necessario che il trasferimento di costi avvenga da TI a TI come meglio descritto nel capoverso seguente e quindi **non procedendo** al ribaltamento della TI 3022149 sul cdc 3022324.

A fronte della riarticolazione anche locale del piano dei cdc ci si attende maggiore correlazione tra reparti che trattano la casistica Covid e cdc\_std regionali, è pur sempre possibile che esistano reparti che, pur continuando a trattare la casistica ordinaria, prestino personale, spazi e/o servizi ai reparti che gestiscono in modo esclusivo e prioritario casi Covid. Per attribuire in modo completo ed esaustivo i costi ai cdc\_std cov20, nel caso di trasferimento risorse da altri cdc\_std, si suggerisce pertanto:

- a) di movimentare la risorsa personale utilizzando **prioritariamente i fp del personale prestato**, così da registrare in modo diretto la riduzione di costo sul cdc cedente e l'aumento di costo sul cdc utilizzatore;
- b) di movimentare il trasferimento di tutti gli altri costi **in modo prioritario**, se non esclusivo, **attraverso l'utilizzo dei FP di "trasferimento costi da/a reparti promiscui a Covid"**: registrando sul cdc che presta il ricavo (sul fp 443022224) e sul cdc cov20 ricevente il costo (sul fp 743022224). Questa operazione consente, infatti, di ridurre a posteriori, con elaborazioni di conversione fattore su fattore del valore registrato sul fp 443022224, i costi del cdc cedente e di aumentare quelli del cdc ricevente<sup>54</sup>.

Devono essere movimentate sui cdc cov20 tutte le prestazioni diagnostiche pertinenti richieste per pazienti Covid ricoverati. Su tali cdc possono quindi essere movimentati fp figurativi di consumo di prestazioni di tipo tradizionale e/o anche di nuova istituzione (radiologia e servizi diagnostici Covid, tamponi, etc.).

Per quanto riguarda l'attività del **Pronto Soccorso Covid (3012212)**, il cdc deve essere attivato **solo ed esclusivamente** nei presidi nei quali l'attività di PS sia stata effettivamente separata per le due tipologie di pazienti (pazienti sospetti Covid e altri pazienti) e per tutto il tempo in cui è stata e/o sarà separata a prescindere dal numero effettivo degli accessi in quanto trattasi di costi dell'attesa. Su tale cdc\_std devono essere registrati anche tutti i costi del pre-triage, laddove attivato, che valuta a quale linea di PS debba accedere il paziente e che monitora i sintomi di chi accede in PS, sia questo fatto con personale dipendente e/o con acquisto di servizi all'esterno. Anche per il PS Covid valgono le considerazioni già espresse per i reparti: qualora non esista un cdc specifico sul quale sono caricati i costi si adotti la metodologia del "prestito di personale" e del trasferimento degli altri costi dal cdc tradizionale del PS.

In particolare, per gli **ospedali da campo** attivati a partire da ottobre 2020 ai sensi della DGR 3702 del 21/10/2020, deve essere utilizzato il cdc\_std **2088824** dalle aziende che prestano personale e/o risorse per il funzionamento di un ospedale da campo che non è direttamente afferente alle stesse (ad es. ASST Monza Brianza che presta all'ospedale in fiera dell'IRCCS Policlinico di Milano, ASST Bergamo Ovest o Bergamo Est che prestano all'ASST PG23 per la gestione dell'ospedale da campo degli alpini, etc.); mentre dalle aziende che hanno in gestione diretta l'ospedale da campo deve essere utilizzato un cdc\_std di ricovero (3022324 o 3022424, in funzione dell'intensità di assistenza dei posti letto attivati) allocando lo stesso sull'apposita

---

<sup>54</sup> Le elaborazioni vengono effettuate centralmente e viene resa specifica reportistica per ciascun trimestre così che gli enti possano verificare l'ammontare complessivo di costi attribuiti all'emergenza

Cudes fittizia attivata dal 2020. Dal momento che questa tipologia di strutture ha un utilizzo molto flessibile, su questa stessa Cudes devono essere attivati anche i cdc\_std correlati alle attività effettivamente erogate all'interno degli stessi (1010111 in caso di prelievo tamponi, 1050101 in caso di campagna vaccinale, 2061231 in caso di attività di follow up a paziente Covid, etc.)

I pazienti Covid "**paucisintomatici**" (**3050313**), che vengono ricoverati per diagnosi diverse dal covid e che poi si positivizzano nel corso del ricovero, rende necessaria una diversa organizzazione degli spazi e del personale ad essi dedicati, come anche da indicazioni fornite dall'UO Polo Ospedaliero della DG Welfare. Stante la necessità di mantenere i percorsi di questi pazienti distinti rispetto agli altri, nell'ipotesi in cui l'organizzazione attivi uno specifico spazio con risorse dedicate per il loro "appoggio" risulta opportuno attivare un cdc\_std per rilevare i costi di questa attività. I pazienti, infatti, nel flusso sdo, potrebbero risultare afferenti ai reparti che li hanno in cura per la loro specifica patologia (chirurgie generali, chirurgie specialistiche, medicine specialistiche etc..), reparti ai quali viene attribuito il ricavo del DRG mentre questa area "grigia" di appoggio rileverebbe costi da riattribuire poi a tutti i reparti che l'hanno utilizzata in funzione delle giornate di degenza di effettiva permanenza.

Dal momento che centralmente non è possibile sapere quale sia il tipo di organizzazione aziendale venga utilizzata (se il paziente è in appoggio in questo spazio dedicato con personale dedicato e se il paziente viene ricoverato nei reparti covid) l'attivazione regionale di tale cdc\_std non implica un obbligo di attivazione per tutti gli enti in quanto l'attivazione dipende dall'effettiva organizzazione.

Qualora il cdc\_std venga però attivato verrà trattato come un servizio di supporto e quindi viene classificato nell'area specifica delle codifiche 3050\*, con conseguente attivazione dei FP produttivi figurativi di ricavo e di costo per ribaltare la quota parte dei costi di competenza ai reparti che risultano quelli di dimissione del paziente. Il criterio di ribaltamento dovrà riferirsi alle giornate di effettiva permanenza.

Il centro di costo standard regionale 3050313 "COV-20: "Appoggio" pazienti ricoverati Paucisintomatici" è da utilizzare quindi per la rilevazione dei costi quali farmaci, personale del comparto, utenze, costi alberghieri ed eventuali altri costi laddove l'organizzazione dell'ente lo prevede.

I fattori produttivi figurativi corrispondenti sono:

- 733050313 Costi COV20 – Paucisintomatici
- 413050313 Ricavi COV20 – Paucisintomatici

## **2. Area Territoriale**

Nella sezione 2 sono stati attivati cdc\_std atti a rilevare costi e ricavi delle attività ambulatoriali, domiciliari e residenziali extra ospedaliere correlate all'emergenza pandemica.

### **2030124 COV20 - Emergenza urgenza Covid (118)**

Sul cdc "Emergenza urgenza Covid" devono essere registrati i costi di:

- a) Personale neoassunto per Covid → fp 708\*, 709\*, etc.

- b) Personale già 118 temporaneamente impiegato per Covid → trasferire da 2030100 a 118 Covid attraverso i fattori di prestito (“prestato a” su 2030100 e “prestato da” su 2030124) – si veda di seguito per il driver
- c) Beni e servizi nuovi dedicati esclusivamente a 118 Covid → fp reali per natura
- d) Beni e servizi già 118 temporaneamente impiegati per Covid → trasferire da 2030100 – “Emergenza territoriale e centrali operative 118” a 2030124 “Emergenza urgenza Covid (118)” attraverso i fattori di trasferimento (443022224 su 2030100 e 743022224 su 2030124) – si veda di seguito per il driver

Il travaso di personale e beni/servizi è esclusivamente tra “118 ordinario” e “118 Covid”: **non devono essere spostati qui costi ni-san**: il costo inserito nelle rendicontazioni trimestrali Areu **deve essere coerente** con la sommatoria dei cdc\_std 2030100 e 2030124.

Con riferimento ai punti b) e d), il personale e i beni/servizi già 118 temporaneamente impiegati per Covid devono essere trasferiti dal cdc\_std 2030100 al cdc\_std 2030124 utilizzando i driver **calcolati da Areu a livello provinciale** e forniti alle aziende, sulla base di quanto di seguito indicato:

- Personale impiegato nel soccorso → n. missioni Covid/n. missioni totali
- Beni e servizi impiegati nel soccorso → n. missioni Covid/n. missioni totali
- Acquisto di servizi di trasporto sanitario da terzi (croci) su gomma → n. missioni croci Covid/n. missioni croci totali
- Personale impiegato nelle Sale Operative Regionali EU (SOREU) → n. eventi Covid/n. eventi totali
- Per quanto riguarda il trasporto in elisoccorso non risultano trasporti Covid, ad eccezione della base HEMS di Villa Guardia (ASST Lariana) che riceve da AREU specifiche indicazioni. I costi indiretti delle AAT e delle SOREU restano sul cdc\_std 2030100

#### **2043300 COV20 - File F Covid**

Attivato per ASST, IRCCS e ATS per la rilevazione dei costi relativi al File F erogato a pazienti Covid, ricomprendendo tra questi anche l’eventuale ossigeno erogato in File F.

#### **2061238 COV20 - Laboratorio Covid**

A questo cdc\_std devono essere correlati **solo** i nuovi centri di costo locali attivati in azienda laddove sia stata istituita, per donazione o per acquisto, una **nuova linea specifica** di virologia per il processamento dei tamponi e/o dei sierologici. Su tale linea di attività devono essere registrati tutti i costi, sia in termini di personale che di beni (compresi i reagenti) e servizi (comprese utenze), e i ricavi correlati all’erogazione di tamponi molecolari e test sierologici processati in laboratorio. Qualora non sia possibile distinguere in modo netto e preciso tali costi, gli stessi devono rimanere sui cdc\_std storici del laboratorio e la valutazione del costo dei tamponi avviene attraverso l’utilizzo dei fp figurativi che tariffano i tamponi e i sierologici. Ha senso attivare questo cdc\_std laddove l’ammontare complessivo dei costi sia in linea con la valorizzazione reale e/o figurativa dei ricavi; in caso contrario, è da prediligersi l’utilizzo dei cdc\_std correlati all’ordinaria attività di laboratorio. Per tale nuovo cdc\_std sono stati attivati specifici fp figurativi per la movimentazione di costi e ricavi dei tamponi molecolari e dei test sierologici processati in laboratorio, dettagliati in seguito.

Si richiama l'attenzione sul fatto che la registrazione dei costi di tamponi rapidi antigenici e test sierologici rapidi che non necessitano di essere processati dal laboratorio **non deve avvenire sul laboratorio analisi**, bensì sul cdc\_std della prevenzione 1010111, che somministra questi *device* alla popolazione per testarne la positività.

#### **2061239 COV20 - Radiologia e altri servizi diagnostici Covid**

Così come per il laboratorio, è possibile che anche per la radiologia e/o per altri servizi diagnostici siano stati attivati a livello locale dei cdc. Tale cdc\_std serve a recepire costi e ricavi registrati su tali cdc locali, solo ed esclusivamente laddove dedicati al 100% all'attività Covid e laddove l'ammontare complessivo di costi e ricavi risulti significativo.

#### **2081130 COV20 - Assistenza Covid a domicilio (ADI)**

Attivato per la rilevazione di tutti i costi sopportati dalle aziende per le attività erogate al domicilio a pazienti Covid. Le ATS registrano su tale cdc l'acquisto di prestazioni sia da pubblico che da privato.

#### **2088624 COV20 - Sorveglianza Covid**

Su questo cdc\_std devono essere registrati i costi e i ricavi delle attività di ricovero di pazienti non più acuti e/o con necessità di isolamento **ex DGR 3020 del 30/03/2020 e DGR 3681 del 15/10/2020** e i costi per l'attività di degenza in alberghi o strutture analoghe per pazienti asintomatici. Il cdc **non registra costi di natura sanitaria** per attività di ricovero ospedaliero, bensì costi per attività socioassistenziale di natura socioassistenziale. Eventuali costi non riconducibili alle indicazioni della DGR 3020 sono da riassegnare ai cdc\_std specifici; se, in particolare, si tratta di attività di verifica di positività per il successivo trasferimento per ricovero ad altro ospedale, il cdc da utilizzare è il 1010111.

#### **2088724 COV20- Assistenza territoriale-domiciliare Covid**

Attivato esclusivamente per gli erogatori, il cdc raccoglie tutti i costi dell'attività territoriale, ad esclusione dell'ADI che deve essere registrata nel cdc apposito. Su questo cdc devono essere rilevati in particolare i costi dell'attività ambulatoriale per pazienti Covid, ad esclusione dell'attività di prevenzione (tamponi e vaccinazioni) per la quale sono stati attivati appositi cdc\_std. Quindi, il riferimento non è il flusso informativo utilizzato per la rendicontazione (28san) ma la natura specifica della prestazione. Si registrano, pertanto, su tale cdc tutti i costi e i ricavi registrati dalle aziende per l'erogazione dell'attività di follow up del paziente Covid, identificabile attraverso gli specifici codici di esenzione (esenzione D97 e P01<sup>55</sup>) e relativa a valutazioni per danni d'organo, raccolta di sangue iperimmune, etc. In questo cdc confluiscono anche i costi e i ricavi di tutte le eventuali prestazioni socioassistenziali non diversamente classificate, e dei tamponi effettuati in RSA, se disponibili<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Ex DGR 3326 del 30/06/2020. Sono da comprendere tutte le prestazioni 28/San con esenzione D97 (flag finanziato: qualsiasi) e le prestazioni 91.49.2 e 91.49.3 con Esenzione P01 (flag finanziato: qualsiasi)

<sup>56</sup> Qualora non si potessero individuare separatamente i tamponi effettuati in RSA gli stesi devono essere contemplati insieme a tutti i tamponi effettuati e quindi nella prevenzione

Qualora non siano stati attivati cdc locali specifici per la rilevazione di questi costi si suggerisce di utilizzare la metodologia del trasferimento di costi da cdc promiscui a Covid, come meglio specificato con riferimento ai cdc\_std COV20 dell'area ospedaliera.

**2102120 COV20 - Assistenza Covid presso RSD, 2102130 COV20 - Cure intermedie Covid e 2104110 COV20 - Assistenza Covid presso RSA**

Attivati per rilevare il costo delle gestioni dirette delle strutture residenziali specifiche laddove a gestione diretta ASST e/o IRCCS. Dal 2021 è stato attivato anche un cdc\_std per la rilevazione del costo dei ricoveri di pazienti Covid in reparti/strutture classificate come **Sub-acuti (2104210)**

### **3. Area Prevenzione**

Nella sezione 1 sono stati attivati 2 cdc\_std:

- 1010111 COV20 - Prevenzione e sanità pubblica in cui sono rilevati i costi dell'attività di prevenzione e sanità pubblica legati alla campagna tamponi e al tracciamento della casistica positiva per evitare il diffondersi del contagio
- 1050101 COV20 - Vaccinazioni Covid dove si rilevano i costi della massiccia campagna vaccinale attivata dal 2021

#### **1010111 COV20 – Prevenzione e sanità pubblica e Tamponi**

Su questo cdc devono essere registrati tutti i costi relativi alla sorveglianza epidemiologica attiva dell'emergenza Covid, in particolare

- il costo del personale impegnato nei prelievi di tamponi e sierologici e nella misurazione della temperatura nell'accesso alle strutture
- il costo del personale dedicato alla sorveglianza epidemiologica e tutti gli eventuali costi connessi
- il costo di tamponi e sierologici rapidi che non necessitano di essere processati in laboratorio
- Il costo relativo all'acquisto di prestazioni per tamponi e sierologici da pubblico e da privato
- il costo della lettura tamponi da Zooprofilattico

Si richiede di prestare attenzione ai cdc\_std sui quali rilevare i ricavi e i costi in quanto:

- a) Per i ricavi, laddove sia stato attivato il cdc\_std 2061238 COV20 – Laboratorio Covid, che rileva tutti i costi di produzione dei tamponi-sierologici, è necessario che il ricavo venga registrato su questo, laddove invece siano attivi solo i cdc\_std 2061208 o 2061228, il ricavo deve essere riportato al cdc di produzione. Si ricorda che per i test rapidi, che non vengono processati dal laboratorio, il ricavo deve essere riportato al cdc sul quale sono registrati i costi dei *device* (solo nel caso in cui per procedura aziendale tale costo venga attribuito al laboratorio occorrerà attribuire allo stesso anche il ricavo).
- b) Per i costi, l'attribuzione deve essere fatta al cdc richiedente secondo le indicazioni esplicitate nella tabella seguente che individua tutte le possibili fattispecie.

Attenzione deve essere rivolta anche all'utilizzo degli specifici fp figurativi attivati, che differenziano tra tamponi e sierologici prodotti direttamente e tamponi e sierologici acquisti da terzi.

FP_STD	DESCRIZIONE	NOTE
413051208	Ricavi per tamponi e sierologici COV20 svolti internamente	Rileva il ricavo relativo a tutti i test effettuati dal laboratorio aziendale, sia che siano effettuati per pazienti ricoverati che per pazienti esterni o per conto di terzi. Viene utilizzato il fp figurativo in quanto al momento non tutti i tamponi, anche quelli per esterni, sono rendicontati e/o valorizzati in 28san
733051208	Costi per tamponi e sierologici COV20 svolti internamente	Rileva il costo figurativo sul cdc utilizzatore. Movimentare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i cdc_std di degenza laddove si tratti di prestazioni per ricoverati, registrare sui reparti/sulla prevenzione il/i tampone/i per il controllo di negatività pre-ricovero</li> <li>• il cdc_std 1010111 "COV20 – Prevenzione e sanità pubblica" per i tamponi per pazienti esterni programmati per analisi epidemiologiche e altro (scuole, ambienti di comunità, focolai etc..) su richiesta ATS/MMG, e per i dipendenti, nonché il/i tampone/i per il controllo di negatività post ricovero al domicilio del paziente</li> <li>• il cdc_std 3012212 "COV20 – Pronto soccorso Covid" laddove il tampone venga effettuato dal PS per paziente che accede al PS con sintomi non seguito da ricovero<sup>57</sup></li> </ul>
413051228	Ricavi per tamponi e sierologici COV20 esternalizzati (da privato)	È un conto figurativo attivato con l'intenzione di monitorare i costi dei tamponi che l'ente non è in grado di erogare direttamente ma invia a laboratori privati per essere processati. In questo caso il ricavo è individuato solo per motivi tecnici di quadratura dei FP figurativi e quindi è <b>simbolicamente</b> da registrarsi <b>solo sul cdc_std 1010111 "COV20 – Prevenzione e sanità pubblica"</b> .
733051228	Costi per tamponi e sierologici COV20 esternalizzati (da privato) <sup>58</sup>	Il costo figurativo dei tamponi esternalizzati da privato va registrato sui cdc utilizzatori con la stessa logica descritta per il FP 733051208.
413051238	Ricavi per tamponi e sierologici COV20 esternalizzati (intercompany)	Questo conto è stato generato con lo stesso intento del conto 413051228, ma individua i tamponi richiesti ad altre ASST/IRCCS per carenza di capacità produttiva e/o di reagenti. Come per il FP 413051228, il ricavo figurativo deve essere registrato <b>solo sul cdc_std 1010111 "COV20 – Prevenzione e sanità pubblica"</b> .
733051238	Costi per tamponi e sierologici COV20 esternalizzati (intercompany) <sup>59</sup>	Il costo dei tamponi e sierologici intercompany (processati cioè da un laboratorio pubblico non aziendale) segue per l'attribuzione ai cdc utilizzatori la stessa logica dei due FP di costo precedenti.

Riassumendo, a prescindere dal fp utilizzato (realizzati internamente o esternalizzati), il costo per tamponi e sierologici va imputato ai cdc utilizzatori come segue:

- tamponi e sierologici su pazienti ricoverati → reparti di degenza
- tamponi e sierologici su pazienti in pre-ricovero → prevenzione e sanità pubblica 1010110 o reparto
- tamponi e sierologici per pazienti che accedono in PS con sintomi e vengono poi dimessi al domicilio → PS Covid o, se non attivato, PS

<sup>57</sup> A parziale deroga di quanto previsto dalla DGR 3132/2020, si ricorda che tutti i tamponi effettuati durante un accesso in pronto soccorso non seguito da ricovero a carico del SSR, sono rendicontati con tipo di prestazione "P" anziché "Q"

<sup>58</sup> Comprende i tamponi processati dall'Istituto Zooprofilattico

<sup>59</sup> In presenza di scambi di prestazioni intercompany, sarebbe opportuno un confronto tra le aziende coinvolte al fine di coordinare le rispettive rendicontazioni

- tamponi e sierologici per esterni/dipendenti/post ricovero a domicilio/altri enti → prevenzione e sanità pubblica Covid

Si fornisce di seguito una tabella riepilogativa:

DESTINAZIONE	INDICAZIONI COAN				VALORIZZAZIONE
	FP RICAVO	CDCSTD RICAVO	FP COSTO	CDCSTD COSTO	
Realizzati internamente per pazienti ricoverati	413051208	2061238/2061208	733051208	cdc_std di degenza	tariffa piena
Realizzati internamente per pazienti in pre-ricovero	413051208	2061238/2061208	733051208	cdc_std di degenza o prevenzione	tariffa piena
Realizzati internamente per pazienti di PS dimessi	413051208	2061238/2061208	733051208	3012212	tariffa piena
Realizzati internamente per esterni	413051208	2061238/2061208	733051208	1010111	tariffa piena
Realizzati internamente per i propri dipendenti	413051208	2061238/2061208	733051208	1010111	tariffa piena
Realizzati internamente nell'ambito degli screening regionali	413051208	2061238/2061208	733051208	1010111	tariffa piena
Inviati per processazione ad altre Aziende (privato)	413051228	1010111	733051228	cdc_std di degenza/prevenzione/PS in funzione del richiedente <sup>60</sup>	tariffa piena
Inviati per processazione ad altre Aziende (intercompany)	413051238	1010111	733051238	cdc_std di degenza/prevenzione/PS in funzione del richiedente <sup>61</sup>	tariffa piena
Realizzati internamente per conto di altre Aziende	413051208	2061238/2061208	733051208	1010111	tariffa piena

### 1050101 COV20 - Vaccinazioni Covid

Su questo cdc devono essere registrati tutti i costi della campagna vaccinale organizzata secondo quanto previsto dalla DGR 4353 "Piano vaccinale" del febbraio 2021. Al cdc devono essere ricondotti tutti i costi, a prescindere dal fatto che l'erogazione avvenga nell'ambito delle strutture aziendali (presidi e centri vaccinali) e/o nell'ambito di strutture rese disponibili dalla collettività (cinema, chiese, fiere, teatri, musei, spazi civici, etc.) e, in particolare:

- remunerazione delle prestazioni vaccinali anti Covid 19
- costi totali del personale dedicato alle vaccinazioni, per l'acquisizione dei differenti i profili professionali e la remunerazione degli istituti giuridici individuati nel paragrafo 10 dell'allegato 1 del provvedimento;

<sup>60</sup> Data la oggettiva difficoltà (nonché i problemi collegati al rispetto della normativa a tutela della privacy) di rilevare contemporaneamente il cdc e il fornitore per i tamponi per ricoverati processati da terzi, si ritiene accettabile l'utilizzo di un driver per l'assegnazione dei valori, purché il totale per cdc ricevente e il totale per fattore produttivo siano coerenti con il valore reale. In particolare, deve essere corretta la ripartizione intercompany vs privato per consentire la corretta elaborazione del consolidato regionale. Per il cdc richiedente, è possibile utilizzare anche il criterio della prevalenza

<sup>61</sup> Si veda la nota precedente

- costi per l'allestimento dei centri vaccinali, tenuto conto della normativa vigente in materia di autorizzazione alle attività sanitarie
- sistemi informativi dedicati alla gestione complessiva del processo di vaccinazione
- fabbisogni dell'area amministrativa e tecnica delle Strutture sanitarie pubbliche e per l'erogazione dei servizi non sanitari nelle strutture allestite temporaneamente
- utilizzo di personale medico e infermieristico di privati contrattualizzati a favore delle ASST mediante l'istituto del distacco programmato, con rimborso dei costi vivi senza il pagamento di prestazioni

Nella valorizzazione dei costi si richiamano, in particolare, gli standard definiti dal Ministero della salute e ripresi da Regione Lombardia e lo schema di percorso.

Il Ministero della Salute ha definito nei propri indirizzi la composizione dell'equipe vaccinale preferibile per ottimizzare la gestione sulle ore di servizio:

- 4 Infermieri
- 1 Medico
- 2 Operatori sociosanitari
- Personale amministrativo

L'equipe così individuata assicura l'attivazione di due linee di somministrazione vaccinali; laddove gli spazi lo consentano, l'equipe può essere ampliata in modo proporzionale per assicurare più linee vaccinali anche adeguando, se necessario, la composizione della stessa.

L'organizzazione del Punto Vaccinazioni, dovendo tener conto dei percorsi e degli spazi necessari a garantire il regolare flusso dell'attività di vaccinazione, risulta così schematizzata:

- Punto di accoglienza e accettazione amministrativa: rappresenta il punto iniziale del percorso.
- Punto di valutazione medica: rappresenta il punto della valutazione sanitaria con la raccolta dell'anamnesi pre-vaccinale e del consenso informato.
- Spazio di attesa: locale dove, terminata la fase di accettazione potranno trasferirsi i beneficiari della vaccinazione in attesa della somministrazione.
- Area per la somministrazione: locale dove una figura sanitaria effettuerà la somministrazione, per la quale si stima un periodo di dieci minuti. Per ogni linea di somministrazione vaccinale, con l'equipe base, possono essere quindi calendarizzati due appuntamenti ogni dieci minuti (Mds prevede sei somministrazioni all'ora)
- Area per monitoraggio: dopo la somministrazione è previsto un secondo periodo di attesa, di almeno quindici minuti, per la sorveglianza della persona vaccinata, al termine del quale la persona può uscire.

Il cdc raccoglie anche tutti i costi dei centri nei quali è garantita un'offerta massiva:

- punti di erogazione di grandi e medie dimensioni riferiti al bacino di utenza per la popolazione generale suddivisa per priorità e accessibilità;
- punti di erogazione presso le imprese lombarde, nell'ambito del percorso della tutela della salute del lavoratore, grazie alla collaborazione dei medici competenti;
- punti di erogazione, anche di piccole dimensioni, coerenti con le specificità/necessità territoriali conseguenti alla valutazione delle ATS e degli Enti Locali e validate dal Comitato esecutivo.

La raccolta puntuale di tutti i costi legati alla campagna vaccinale consentirà di definire anche gli standard di riferimento per l'individuazione della correlata funzione, già prevista alla DGR 4353.

Per quanto riguarda la registrazione dei costi degli **Hub vaccinali**, trattandosi di attività direttamente gestita dalle farmacie aziendali presso le quali i vaccini sono stoccati, si ritiene che gli stessi debbano essere registrati sul cdc\_std 3080100 "Farmacia ospedaliera e territoriale", sia in termini di maggior costo per personale e servizi che in termini di ammortamento delle attrezzature necessarie allo stoccaggio.

#### 4. Costi Comuni

Nella sezione 5 sono stati attivati due distinti cdc\_std:

- 5000614 "COV20 – Personale in assenza Covid correlata";
- 5022224 "COV20 - Costi comuni Gestione straordinaria Covid"

Sul cdc\_std **5000614 "COV20 – Personale in assenza Covid correlata"** deve essere rilevato in modo sistematico e per tutto il periodo di assenza dal servizio il costo del personale in quarantena, infortunio, etc. inclusi:

- costi del personale affetto da Covid con tampone positivo, per tutto il tempo che è stato assente (eventualmente anche dopo, per gli strascichi della convalescenza), in genere in infortunio
- costi del personale assente per quarantena perché è stato a contatto con un paziente Covid pur non avendo il tampone positivo
- costi del personale assente per ricovero Covid
- costi del personale assente in via prudenziale perché soggetto a rischio (con particolar patologie)

Non rileva il cdc di assegnazione giuridica di chi è stato soggetto a quarantena e sono esclusi dal computo i permessi retribuiti aggiuntivi L.104/92 e i congedi parentali aggiuntivi. Sul cdc devono essere rilevati **in modo esclusivo** i costi del personale e i ricavi relativi al rimborso INAIL per il personale che è risultato assente per infortunio. Non sono ammessi altri valori.

Sul cdc\_std **5022224 Costi comuni Gestione straordinaria Covid** nel 2021 dovrebbe essere ricondotta esclusivamente la quota parte di costi comuni aziendali che fanno riferimento all'emergenza, non prevedendosi quindi più che su tale cdc trovino collocazione costi di beni e servizi utilizzati per l'erogazione di servizi in quanto gli stessi dovrebbero essere correttamente allocati sui cdc di erogazione.

Possono comunque essere ricondotti a tale cdc:

- Quota parte dei costi dei servizi amministrativi centrali in funzione dell'apporto alla gestione della pandemia (si pensi ad esempio al provveditorato per la gestione degli acquisti, al controllo di gestione e alla ragioneria per la rendicontazione di costi e ricavi, al rischio clinico per i protocolli di sicurezza, etc.). Le % dovranno essere definite autonomamente da ciascun ente ed in modo distinto per ciascun servizio in base al relativo apporto, potendo usare come driver sia l'incidenza dei costi/ricavi Covid sul totale, sia le gg deg e/o le ore dedicate da ciascun servizio rispetto al totale lavorato. Da privilegiarsi, per la rilevazione di questi costi, l'utilizzo dei fp figurativi di trasferimento costi da promiscui (743022224 e 443022224), registrando sul cdc\_std del servizio amministrativo

specifico il fp 443022224 per la quota di costi che si intende attribuire a costi Covid e sul cdc\_std 5022224 il FP 743022224 con l'importo della quota di costi trasferiti.

- I costi della premialità e delle indennità Covid, laddove non siano stati attribuiti a personale che risulta già caricato sui cdc\_std cov20, abbattendo poi il corrispondente fp sul cdc\_std di quadratura 999\* per pari importo di modo che il valore a livello di azienda non risulti duplicato.
- I costi dei DPI utilizzati dal personale che non opera in cdc\_std cov20, a meno che gli stessi non vengano caricati sul cdc\_std 1010111.

È auspicabile che su tale cdc\_std non siano registrati costi di natura specifica correlati alle linee produttive (personale medico ed infermieristico, ammortamenti di attrezzature specifiche, beni sanitari, servizi alberghieri, etc.).

### **5. Indicazioni per il corretto utilizzo delle CUDES**

Si segnala, infine, di prestare particolare attenzione all'utilizzo delle Cudes da associare ai vari cdc\_std COV20 e, in particolare:

- 1) 5022224 COV20 – Costi comuni Gestione straordinaria Covid
  - a. su Cudes aziendale se si tratta di costi comuni a livello di azienda (quali, ad esempio, i costi dei servizi amministrativi centrali da ricondursi all'emergenza Covid)
  - b. su Cudes HSP (030\*), se si tratta di costi e ricavi comuni specifici del presidio e riconducibili all'attività ospedaliera di ricovero
  - c. su Cudes STS, intra o extra ospedaliera, se si tratta di costi comuni dell'emergenza Covid correlati ad attività di specialistica ambulatoriale e/o territoriale<sup>62</sup>
- 2) 3022\* COV20 Degenza e 3012212 COV20 Pronto Soccorso Covid su Cudes HSP (030\*)
- 3) 2\* COV20 su Cudes STS intra e/o extra ospedaliere in funzione dell'attività specifica e/o sulla Cudes territoriale aziendale dove non esiste una Cudes specifica<sup>63</sup>. Per esempio, l'eventuale attività ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale deve essere correlata alla struttura STS specifica in cui è erogata, mentre la domiciliare alla Cudes territoriale. In particolare:
  - a. 2088624 COV20 – Sorveglianza Covid deve essere associata ad un STS di tipo residenziale (o, eventualmente, al POT) o, in assenza, alla Cudes aziendale territoriale per evitare di "inquinare" il CP 2020 con costi non di carattere ospedaliero;
  - b. 2030124 COV20 Emergenza urgenza Covid 118 deve essere associata alla Cudes aziendale territoriale

Costituisce eccezione il cdc\_std 2088824 "COV20 - Ospedali da campo Covid", il quale richiede Cudes fittizia aziendale per chi manda il personale in ospedali da campo gestiti da altri enti; chi gestisce la struttura userà i cdc di ricovero e Cudes HSP dedicata

- 4) 5000614 COV20 personale in assenza Covid correlata sulla Cudes di appartenenza del personale assente
- 5) 1010111 COV20 Prevenzione e sanità Pubblica sulla Cudes aziendale territoriale

<sup>62</sup> Non è necessario attivare un cdc\_std su ogni Cudes extra ospedaliera è sufficiente attivarne uno sulla Cudes aziendale territoriale

<sup>63</sup> Dal momento che l'utilizzo delle Cudes è necessario per il modello CP, per tutte le STS extra ospedaliere è sufficiente attivare un solo cdc\_std sulla Cudes territoriale aziendale.

## Indicazioni specifiche per ATS

Per soddisfare le esigenze delle ATS di registrare l'acquisto di prestazioni sui corretti livelli di assistenza sono stati attivati cdc\_std cov20 specifici, ai quali si aggiunge a partire dal 2021 anche il livello delle tossicodipendenze residenziali; il quadro dovrebbe, quindi, essere stato completato con questa nuova attivazione. Per l'individuazione delle specificità delle prestazioni Covid si rimanda alle indicazioni fornite dalle diverse DGR.

Per la rilevazione dei costi legati alla prevenzione si rimanda alle indicazioni fornite nel paragrafo 3.3 così come si rimanda al paragrafo 3.5 per la corretta compilazione dei costi da attribuirsi ai cdc\_std cov20 attivati sulla sezione 5.

Per Usca e DCP sono attivi due distinti centri di costo standard:

- 2010200 "COV20 – USCA" al quale attribuire i costi delle USCA (stipendi, DM, carburante, etc.);
- 2042200 "COV20 - DPC Covid" e 2043300 "COV20 - File F Covid" ai quali attribuire i costi delle prestazioni di farmaceutica territoriale (es. costi ATS BG per ossigeno distribuito con ricetta rossa) e File F (tipologia 20 e 6C).