

SUB-OBIETTIVO 1.3: REALIZZAZIONE CONTABILITA' ANALITICA (CO.AN.)

INDICATORE	Relazione annuale e completezza della Contabilità Analitica al 30/11/2013; valutazione finale al 31.12.2013
VALORE OBIETTIVO	Implementazione della Contabilità Analitica (Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto se lo stesso è raggiunto al 90%)



Sede legale: Viale Giolitti, 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

DIREZIONE

REGIONE PIEMONTE-ASL SP

n. 100304 del 29/11/2013



REGIONE PIEMONTE
SETTORE RISORSE FINANZIARIE

REGIONE PIEMONTE
DIREZIONE SANITA'

Corso Regina Margherita 153 bis
10122 TORINO

OGGETTO: Obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento servizi anno 2013.
Sub – Obiettivo 1.3: Realizzazione Contabilità Analitica

In riferimento agli adempimenti indicati dalla DGR 34-6516 del 14.10.2013 relativa all'individuazione ed assegnazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi al fine del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2013, e alla nota Regione Piemonte prot. 23851/DB2012 del 16.10.2013, si trasmette la relazione prevista per il Sub – Obiettivo 1.3 in merito alla realizzazione ed implementazione della Contabilità Analitica nell'ASL AL (corredata di allegati).

Nell'occasione si porgono distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
Paolo Marforio

MR/cb

SOC. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
Tel 011 31306844 - 306343
e-mail: controllogestione@asial.it
www.asial.it



uno sanita in salute. Fo bene e tutti

**OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE
ANNO 2013
(DGR 34-6516 DEL 14.10.2013)**

SUB OBIETTIVO 1.3

REALIZZAZIONE CONTABILITA' ANALITICA (CO.AN.)

RELAZIONE CONTABILITA' ANALITICA ASL AL

Premessa

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

Il sistema di contabilità analitica ha pertanto come finalità specifica la produzione di informazioni sui costi e ricavi dell'organizzazione, che rappresentano strumento di supporto alle decisioni direzionali sia con finalità di controllo che come base per scelte di programmazione. La CO.AN. è pertanto funzionale al processo di budget aziendale (definizione degli obiettivi economici e funzionali di attività, loro verifica e valutazione) e al sistema di reporting, intesi come strumenti gestionali per la valutazione dell'andamento dell'Azienda.

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

Nell'ambito dell'ASL AL, l'istituzione di un'unica contabilità analitica a seguito dell'accorpamento delle tre ex AASSLL 20-21-22 è stata realizzata ponendo in atto azioni mirate a risolvere le disomogeneità presenti nelle varie realtà e procedendo ad integrazioni di procedure tecnico-informatiche, processi e regole di comportamento.

Nel corso del mese di aprile del corrente anno l'azienda scrivente ha provveduto a inviare alla Regione Piemonte il "**Questionario sulla verifica e monitoraggio stato di implementazione CO.AN.**" di supporto alla Regione sulle richieste ministeriali nell'ambito del programma operativo e questionario LEA.

Nella presente relazione vengono esposti gli argomenti oggetto del questionario, al fine di evidenziare il grado di implementazione della contabilità analitica all'interno dell'ASL AL.

Documenti che erano stati allegati alla relazione

"Questionario sulla verifica e monitoraggio stato di implementazione CO.AN." inviato in Regione con mail in data 17 aprile 2013.

COERENZA PIANO DEI CENTRI DI COSTO – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Situazione attuale

Il piano dei centri di costo dell'ASL AL è stato predisposto e definito sulla base del Piano di Organizzazione adottato con deliberazione n. 1969 del 30.06.2008 e integrato con aree e funzioni non rappresentate come strutture o unità organizzative nell'ambito del piano, ma rilevanti in termini di risorse e attività.

I centri di costo sono di fatto i primi oggetti di attribuzione dei costi dei vari fattori produttivi, rappresentando l'unità minima di rilevazione cui si fa riferimento per la raccolta e l'aggregazione delle informazioni di costo. La loro individuazione nell'ambito della struttura organizzativa dell'ASL consente l'eventuale aggregazione delle informazioni contabili rilevate a livello di centro di responsabilità, intesa come unità organizzativa che, sotto la guida di un responsabile governa risorse definite per ottenere risultati in termini di livelli di attività e di efficienza. In questo contesto, il sistema di contabilità per centri di costo è strettamente connesso e funzionale al sistema di budget.

Il piano dei cdc viene monitorato e aggiornato a seguito di modifiche organizzative autonome dell'azienda o su indicazione di disposizioni regionali (es. approvazione consistenza organica aziendale – Deliberazione 914 del 28.12.2011).

Visto il processo in atto di riorganizzazione aziendale, è in programma l'adeguamento del piano dei cdc con il nuovo modello organizzativo, a seguito dell'approvazione definitiva del nuovo atto aziendale.

In linea generale, la struttura del piano del cdc si basa prevalentemente su logiche organizzative e strutturali e in alcuni casi anche di processo/prodotto, laddove si intersecano linee di attività. Per alcune rilevazioni (es. modello ministeriale LA per il quale si richiede l'assegnazione dei costi per livelli assistenziali specifici) la contabilità per centri di costo viene integrata con dati e procedure extracontabili.

I centri di costo sono allineati alla struttura della procedura regionale "Anagrafe Strutture Sanitarie" che, partendo dall'impianto organizzativo aziendale, individua le unità organizzative, a loro volta suddivise in unità produttive (funzionali all'invio dei flussi informativi aziendali).

A ogni centro di costo sono associati uno o più centri di prelievo (o reparti), intesi come unità elementare del cdc, utilizzati per gli ordini di magazzino. I centri di prelievo possono corrispondere a un centro di costo (e a sua volta ad una unità organizzativa), a un'articolazione dello stesso cdc (es. ambulatorio o reparto nel caso di una unità di degenza) o identificano una diversa dislocazione fisica (es. due ambulatori di una stessa struttura ma posti in piani differenti di un presidio ospedaliero).

A seguito dell'accorpamento delle ex AASSLL 20-21-22 è stata effettuata una ricognizione dei centri di prelievo esistenti. Si è provveduto a "chiudere" alcuni codici che da almeno 2 anni non venivano più utilizzati per gli ordini e a rendere omogenea la descrizione dei reparti in uso, al fine di agevolare la ricerca di un centro da parte degli operatori.

Documenti che erano stati allegati alla relazione

- TAB 1 - Piano dei Centri di Costo ASL AL aggiornato al 26.07.2013
- TAB 2 - Attuale organizzazione dell'Azienda ASL AL (rif. Deliberazione n. 914 del 28.12.2011 "Approvazione consistenza organica")
- TAB 3 - Piano Centri di Costo aggregati con le indicazioni regionali per rilevazioni PIA_LA
- Tab 4 - Gerarchia aziendale nell'ambito della procedura regionale "Anagrafe Strutture Sanitarie"
- Tab 5 – Relazione centri di prelievo – Unità Produttive Anagrafe Strutture
- Tab. 6 - Relazioni centri di costo – centri di prelievo (reparti)

COERENZA PIANO DEI FATTORI PRODUTTIVI – PIANO DEI CONTI

Situazione attuale

Il piano dei fattori produttivi nell'ambito della CO.AN. dell'ASL AL è allineato al Piano dei Conti regionale per quanto riguarda i costi (non esiste ancora il raccordo con i conti di ricavo in quanto la COAN attualmente non gestisce i ricavi). Come precisato nella nota ASL AL prot. 50142 del 27.05.2013, l'Azienda ha provveduto all'aggiornamento del Piano dei f.p. a seguito dell'adozione del Piano dei Conti regionale dell'esercizio 2013, che recepisce le variazioni introdotte dai provvedimenti nazionali di modifica degli schemi di bilancio e dei modelli economici –patrimoniali ministeriali.

L'attuale sistema informatico utilizzato per la gestione della COAN consente di effettuare controlli all'atto dell'importazione dei dati in contabilità analitica. Di conseguenza è possibile provvedere all'inserimento di fattori produttivi qualora venissero istituiti nuovi conti di bilancio.

Il Piano dei fattori produttivi, essendo coerente con il piano dei conti regionale, è allineato alla struttura delle informazioni contabili richieste dalla procedura regionale "Piani di Attività", funzionale al monitoraggio dei livelli assistenziali in corso d'anno e alle rilevazioni annuali ministeriali (modelli LA e CP).

Per quanto riguarda il personale dipendente, i fattori produttivi coincidono con i corrispondenti conti di bilancio, con ulteriore dettaglio in alcune voci per le quali le procedure regionali (es. PIA) richiedono informazioni (es. ruolo sanitario comparto suddiviso per: ruolo infermieristico, ruolo riabilitativo, altro ruolo sanitario).

Documenti che erano stati allegati alla relazione

- TAB 1 - Piano dei fattori produttivi
- TAB 2 - Fattori produttivi personale dipendente
- TAB 3 - Fattori produttivi strutturati per rilevazioni PIA_LA
- Nota ASL AL prot. 50142 del 27.05.2013

IL SISTEMA DI CONTABILITA' ANALITICA NELL'ASL AL

Costo del personale

Il costo del personale è allocato nei centri di costo dove presta il proprio lavoro attraverso la collaborazione della SOC Personale, della SOC SITRO e della struttura presso la quale opera il dipendente.

Con le attuali procedure informatiche integrate (WHR – MUSA) il personale può essere ripartito in percentuale su più centri di costo della stessa struttura o di diverse strutture in base all'effettivo impiego lavorativo; si procede quindi alla determinazione delle % di ripartizione del tempo lavorato tra i vari centri di costo.

Tutte queste % sono ottenute mediante una valutazione del responsabile del centro al quale viene richiesto la stima delle % di tempo che vengono svolte in ogni centro in relazione alle risorse gestite.

Per consentire una puntuale e corretta imputazione dei costi:

- I trasferimenti fra centri di costo sono prontamente comunicati dalla struttura interessata
- Le assunzioni e le cessazioni del rapporto di lavoro sono comunicate dal Servizio personale al Controllo Gestione, così come i trasferimenti interni.

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

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

La contabilità di magazzino

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

La contabilità di magazzino è implementata tramite le seguenti fasi :

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

Le operazioni fondamentali relative alla contabilità di magazzino sono:

- l'individuazione di tutti i magazzini contabili,*
- la classificazione degli articoli gestiti da questa contabilità in classi merceologiche omogenee e particolare codificazione,*
- la registrazione dei movimenti di entrata in magazzino attraverso la rilevazione delle quantità dei beni singoli e dei relativi prezzi,*
- la registrazione dei movimenti in uscita con carico simultaneo verso i centri utilizzatori,*
- la valorizzazione dei beni che sono stati acquistati dai centri di costo e delle rimanenze di magazzino.*

Relativamente alla fase di individuazione magazzini, nell'ambito dell'ASL si proceduto, a seguito dell'unificazione delle preesistenti AASSLL, alla riorganizzazione della logistica; con deliberazione n. 1885 del 28.10.2009 è stato approvato il progetto presentato congiuntamente dai Responsabili della SOC Logistica Economato e del Dipartimento del Farmaco relativo all'integrazione dei magazzini della Farmacia Ospedaliera dei presidi ospedalieri di Novi e Ovada con quelli afferenti alla SOC Logistica Economato.

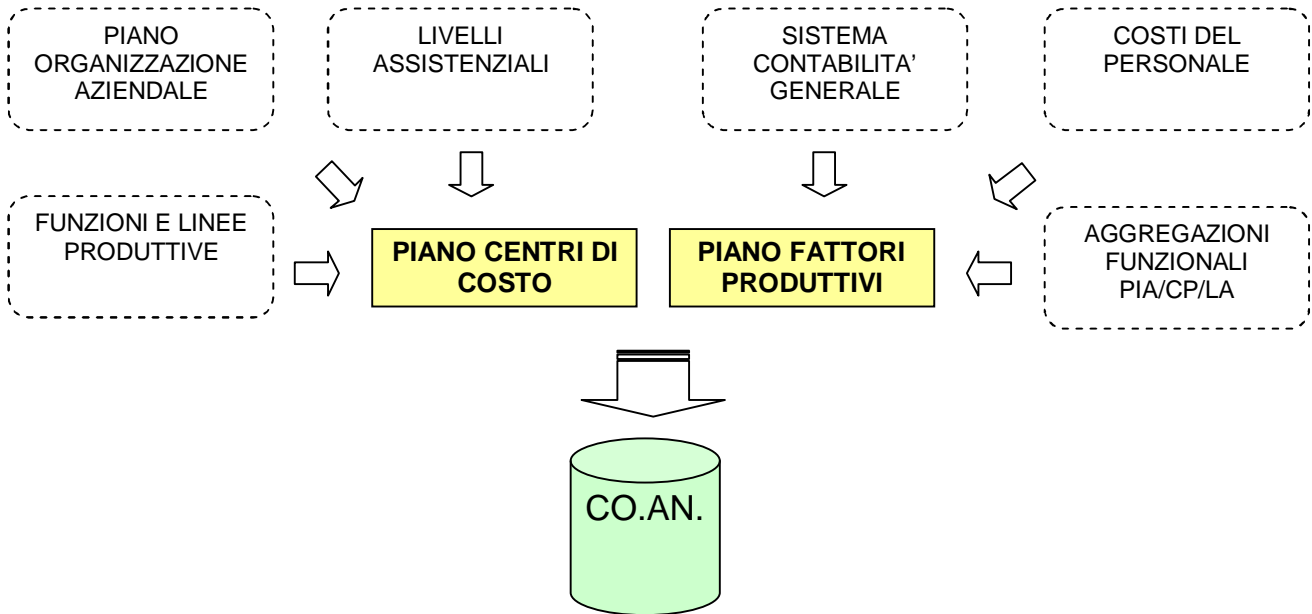
Con questo primo provvedimento si è provveduto ad una prima fase di riorganizzazione interna dei magazzini con previsione di immediata attuazione della prima fase "A) Trasferimento dell'approvvigionamento ad oggi curato dal magazzino economale di Novi Ligure al magazzino GUM di Tortona".

Con successiva deliberazione n. 904 del 14.7.2010 "Attuazione previsioni atto aziendale: provvedimenti conseguenti Dipartimento del Farmaco e SOC Logistica Economato", si è ritenuto opportuno, a far data dal 01/09/2010, proseguire il percorso di progressiva attuazione delle previsioni di cui alla deliberazione n. 1885/2009, dando attuazione al passaggio delle attività a valenza amministrativa e a quelle legate alla gestione dei magazzini dalle Farmacie Ospedaliere di Novi Ligure e Ovada alla SOC Logistica Economato.

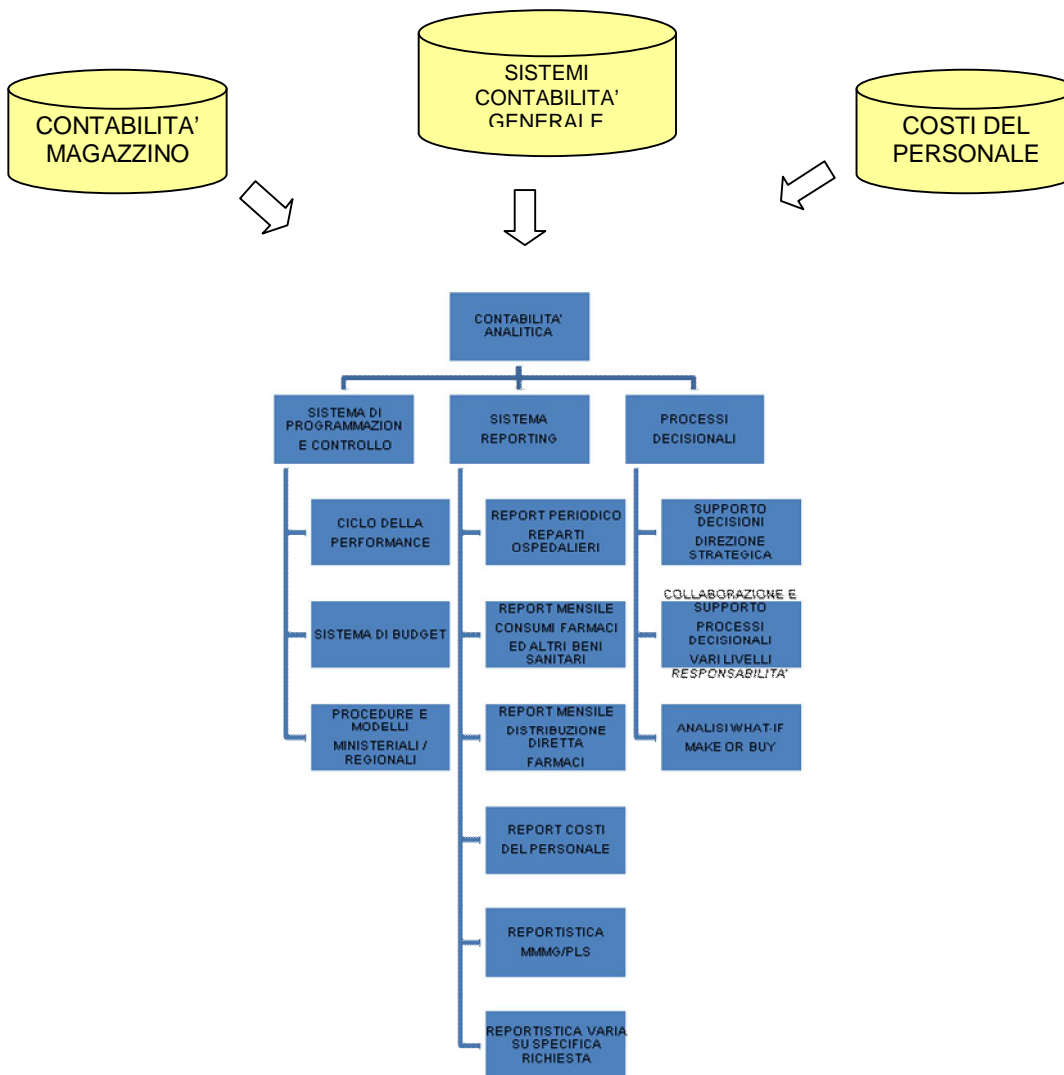
L'attuale situazione vedeva, nello stesso ambito territoriale (ex ASL22), l'approvvigionamento frazionato in capo a due Servizi, ambedue competenti all'acquisto degli stessi prodotti ancorché per utenti interni diversi, alla gestione della stessa anagrafica, alla gestione di impegni derivanti dalle stesse aggiudicazioni, generando sovrapposizione di attività, duplicazione di interventi, non omologazione di procedure e sicuramente confusione nell'utente interno nell'identificazione del corretto interlocutore: l'unificazione delle attività in capo alla medesima Struttura pone fine ad una inutile duplicazione delle attività.

Con decorrenza dall'1/9/2010 pertanto le competenze del magazzino di Farmacia di Novi ed Ovada sono transitate alla SOC Logistica Economato.

Per quanto attiene invece all'ex ASL 21 (ambito Casale M.to – Valenza), la situazione è particolarmente critica perché la Struttura Farmacia di Casale ha valenza sia ospedaliera che territoriale, pertanto in una prima fase si trasferisce la gestione di ordini e fatture presso la SOC Logistica Economato, con il mantenimento delle proposte ordini da parte dei Farmacisti aziendali.



GRADI DI UTILIZZO DELLA CONTABILITA' ANALITICA



PARTE GENERALE

Come citato in premessa, la contabilità analitica è costituita dall'insieme delle determinazioni economico – quantitative che consentono di individuare il costo delle variabili aziendali di tipo interno e, per quanto riguarda espressamente l'azienda sanitaria, si concentra sull'analisi dei costi imputati ai diversi centri di responsabilità.

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

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

Tra i diversi sistemi di rilevazione adottabili dalle Aziende Sanitarie sulla base delle risultanze della contabilità analitica

- *Modello a costi diretti puro: ai centri di responsabilità vengono allocati i soli costi variabili direttamente impiegati*
- *Modello a costo pieno: l'attribuzione ai centri di responsabilità di tutti i costi, anche quelli generali*

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

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

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

- *maggiore attenzione per un concetto complessivo di "qualità" e di gestione strategica*
- *attenzione per i processi e le attività nella determinazione dei costi e nella pianificazione*
- *attenzione per parametri ulteriori rispetto a quelli economico-finanziari*
- *più intensa relazione con il mercato*

In questo quadro si colloca il ruolo che il controllo gestione, con gli strumenti a disposizione tra cui prioritariamente i sistemi di contabilità analitica, ha svolto nel supportare le analisi e le scelte organizzative adottate in sede di processo di revisione della rete ospedaliera aziendale, nel più ampio quadro della realtà di Area funzionale.

UTILIZZO CO.AN. A SUPPORTO PROCESSI GESTIONALI

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

- *supportare i processi decisionali dei diversi livelli di responsabilità aziendale*
- *la redazione di conti economici per centri di costo*
 - per centri di responsabilità*
 - per presidi ospedalieri*
 - per A.S.L.*
- *la predisposizione ed il monitoraggio di indicatori gestionali*
- *la determinazione dei costi per funzione, prestazione o attività*
- *rispondere in modo tempestivo e coerente al debito informativo verso la Regione*

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

CONTROLLO FORMALE: per verificare la corretta e coerente struttura del flusso dati rispetto ai piani dei conti e centri di costo aziendali;

CONTROLLO DI QUALITA': per garantire la congruità del dato di contabilità analitica con quanto consuntivato nella contabilità generale.

Documenti che erano stati allegati alla relazione

Processo di Budget ASL AL – anno 2013

CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Il sistema di contabilità analitica aziendale viene utilizzato per analisi e controlli sull'andamento della spesa farmaceutica (per la componente relativa al consumo "in produzione e

somministrazione” ospedaliero e territoriale ed al consumo “in distribuzione diretta”), contribuendo alla predisposizione di strumenti per la valutazione della spesa farmaceutica complessiva.

E' da segnalare la possibilità di analizzare i costi non solo su realtà organizzative ma anche sul singolo episodio e quindi su linee produttive specifiche, utilizzando il sistema di contabilità analitica a supporto della gestione informatizzata del farmaco in dose unitaria (DUF).

L'avvio del progetto Dose Unica del Farmaco (DUF) nell'ambito delle strutture ospedaliere dell'ASL AL risale a marzo 2011.

La prima fase sperimentale ha coinvolto i reparti di Cardiologia, Medicina e Neurologia di Tortona e si è conclusa a Novembre 2011 e ha riguardato 65 posti letti. A Luglio 2013 il sistema SOFIA e l'approvvigionamento farmaci in dose unitaria (DU) è attivo presso alcuni reparti dei Presidi di Tortona, Novi Ligure, Acqui Terme e Casale Monferrato.

Complessivamente il totale dei posti letto avviati con il sistema è pari a 563, su 37 Reparti.

Il prossimo obiettivo è la conclusione dell'avvio di tutti i Presidi Ospedalieri dell'ASL AL, che il Capitolato fissa a 3 anni dall'avvio del contratto (Marzo 2014).

Gli utenti utilizzatori del sistema opportunamente formati ed affiancati sono nel complesso 925 (321 medici - 20 farmacisti - 584 infermieri).

Per quanto riguarda la copertura con automazione e la modalità di approvvigionamento sono attivi 16 Armadi Automatizzati che servono 24 reparti. 3 reparti sono serviti con Armadio Monodose Manuale e Barcode Reader per carico/scarico, 10 reparti sono gestiti solo con prescrizione / somministrazione informatizzata e identificazione paziente, mentre i farmaci sono gestiti in confezione. L'85% dei consumi in quantità è nei reparti dotati di automazione.

Sono stati analizzati i dati di attività, in termini di punti DRG e Giornate di Degenza, con approccio analogo a quello per i consumi.

Il sistema DUF attivato a pieno regime sulle sedi ospedaliere consentirà analisi dei costi relativi al consumo di prodotti farmaceutici non solo con una logica organizzativa di struttura / reparto, ma anche legata al singolo episodio assistenziale o più in generale a processi produttivi omogenei (es. analisi su specifici Drg) anche in funzione di possibili studi e analisi di A.B.C.

STRUMENTI DI CONTROLLO DEI RISULTATI DERIVANTI DALLA CO.AN. RELATIVI AL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA:

- Report mensili aziendali circa l'andamento della spesa farmaceutica nei suoi tre canali (convenzionata, diretta e in nome e per conto) per i Direttori di Distretto, il Coordinatore dei DSM e dei SERT aziendali ed i Direttori Sanitari dei PPOO (allegato 1).
- Report periodici di rilevazione e rendicontazione, per ciascun Medico di Famiglia, dell'andamento del proprio profilo prescrittivo. Nel 2013 tale reportistica è stata integrata. Oltre ai consueti dati, relativi alla spesa e al numero di ricette, ai pezzi prescritti in regime convenzionato e in DPC, ed all'obiettivo di razionalizzazione della spesa (che indica lo scostamento di spesa rispetto alla media regionale), sono stati aggiunti:
 - dati di tipo qualitativo con l'indicazione delle percentuali DDD degli ATC indicati nella circolare regionale di Spending review dell'8 agosto 2013;
 - percentuale di spesa dei primi 10 P. A. del Medico a confronto con il valore percentuale dell'ASL (farmaci altospendenti);
 - report per i Direttori di Distretto relativi ai controlli incrociati finalizzati ad evitare duplicazioni di assistenza farmaceutica (in regime diretto e convenzionato);
 - analisi dati File F a confronto con dati di consumo aziendale da CDP e con i dati CSI e relativo reporting per la Direzione Generale e le Strutture aziendali;
 - analisi dati mobilità passiva File F

Documenti che erano stati allegati alla relazione

- Report mensili aziendali circa l'andamento della spesa farmaceutica nei suoi tre canali (convenzionata, diretta e in nome e per conto) per i Direttori di Distretto, il Coordinatore dei DSM e dei SERT aziendali ed i Direttori Sanitari dei PP.OO.
- Report periodici di rilevazione e rendicontazione, per ciascun Medico di Famiglia, dell'andamento del proprio profilo prescrittivo (convenzionata e distribuzione diretta).

SISTEMI DI RIBALTAMENTO COSTI

L'operazione di attribuzione dei costi diretti propri di ciascun centro di costo fornisce spesso risultati insufficienti a rappresentare i costi complessivi delle attività rivolte all'utenza esterna. Per poter ottenere queste informazioni, è necessario operare il ribaltamento, ossia il riversamento dei costi dei centri che svolgono sia attività di supporto che ausiliarie sui centri di costo che realizzano le attività finali.

Questo tipo di operazione varia a seconda del tipo di centro e non sempre si possono fissare criteri univoci e definitivi.

Per i Centri di Costo, in questo frangente, è adottata la seguente classificazione:

- 1- Centri di costo di supporto,
- 2- Centri di costo intermedi di supporto,
- 3- Centri di costo intermedi servizi,
- 4- Centri di costo finali (produzione).

Da questa discende un percorso concernente le operazioni di ribaltamento, che è il seguente:

- 1- chiusura dei conti del gruppo 1 e loro ribaltamento su quelli dei gruppi 2, 3 e 4
- 2- chiusura dei conti del gruppo 2 e loro ribaltamento su quelli dei gruppi 3 e 4
- 3- chiusura dei conti del gruppo 3 e loro parziale ribaltamento sui centri finali (gruppo 4)
- 4- chiusura dei centri del gruppo 4.

Criteri di ribaltamento.

Generalmente l'imputazione è attuabile attraverso due modalità, ossia misurando direttamente i servizi resi dai centri ausiliari agli altri centri, oppure in modo indiretto, in proporzione alle attività svolte dal centro utente o in base a parametri relativi a qualche caratteristica del centro utente.

I criteri di ribaltamento di alcuni fattori produttivi (es. servizi appaltati) e dei centri di costo di supporto e intermedi sono rappresentati nel documento allegato alla presente relazione che riassume le regole che l'Azienda utilizza per la corretta imputazione degli oneri ai relativi centri di costo.

Gli scambi interni di prestazioni vengono quantificati quasi esclusivamente con i valori tariffari convenzionali (es. le prestazioni di diagnostica e laboratorio in favore di pazienti ricoverati vengono valorizzate come da tariffario regionale in vigore; il costo dei trasferimenti interni di degenti da un reparto ad un altro si basa sul valore ceduto/acquisito dal reparto calcolato rispetto al peso della giornata del reparto).

Per quanto riguarda il ribaltamento di costi di natura comune, vengono utilizzati alcuni driver definiti a livello aziendale in base a criteri consolidati o in base a regole regionali (costi comuni aziendali in funzione PIA) per il trasferimento dei costi ai cdc intermedi o finali (v. documento criteri di ripartizione allegata).

Documenti che erano stati allegati alla relazione

- Criteri di ribaltamento costi comuni/generali ASL AL

SISTEMA DI REPORTING

La valutazione dei risultati e l'eventuale riposizionamento degli obiettivi si fondano su un complesso di valori che vengono racchiusi nel reporting, inteso come sistema che, aggregando in maniera adeguata le informazioni che scaturiscono dall'attività di gestione evidenzia i risultati conseguiti ponendoli a confronto con quelli previsti, suddividendo le responsabilità sui costi e sull'utilizzazione delle risorse.

Nell'ambito dell'ASL AL i report sono stati formulati secondo le esigenze dei destinatari, in base alle quali assumono un grado di analiticità più o meno elevato e una diversa periodicità (mensile, trimestrale, ecc...).

Attualmente la diffusione della reportistica connessa agli obiettivi di budget avviene via mail ai responsabili di macro area / dipartimento, contestualmente alla pubblicazione su sito intranet aziendale, accessibile dai responsabili di C.d.R.

ESEMPI DI REPORTISTICA

- *Report mensili consumi beni sanitari*
- *Report mensili distribuzione diretta farmaci*
- *Report mensili produzione SDO*
- *Report personale dipendente*
- *Report trimestrali attività / consumi PPOO in rapporto al budget assegnato*
- *Schema CE Presidio Ospedaliero*

Ad integrazione di quanto riportato nella relazione, nel corso degli ultimi mesi del 2013 si è dato avvio ad una serie di azioni finalizzate agli obiettivi fissati dal Programma Operativo 2013-2015 (Programma 6 Contabilità Analitica).

In particolare sugli interventi:

- Intervento 6.3: Gradi di utilizzo della contabilità analitica
- Intervento 6.4: Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature
- Intervento 6.5: Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni
- Intervento 6.6: Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA
- Intervento 6.7: Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale

In particolare è stato dato avvio ad un percorso di revisione / miglioramento dei sistemi di contabilità analitica in uso al fine di garantirne

- la coerenza di sistema;
- la quadratura con la contabilità generale, con gestione delle eventuali possibili squadrature;
- la tempestività delle informazioni accessibili

Miglioramento del processo ordini/liquidazione fatture

Si è dato avvio all'analisi della corretta modalità di gestione del percorso dell'ordine e della liquidazione delle fatture al fine di consentire la tempestività e la fruibilità del dato di contabilità direzionale.

Oltre al monitoraggio periodico del processo in atto si è provveduto con nota 114577 del 19 dicembre 2013 a fornire ulteriori indicazioni sulla procedura di gestione ordini e liquidazioni:

REGIONE PIEMONTE-ASL AL

n. 114577 del 18/12/2013

REGIONE PIEMONTE

A Tutte le
STRUTTURE ASL AL

LORO SEDI

Oggetto: gestione ordini e liquidazione fatture - procedura

Stante la necessità di superare le presenti criticità legate alla gestione ed alla tempistica delle procedure relative al sistema contabile aziendale, richiamando precedenti comunicazioni al riguardo, si ribadiscono le seguenti linee di indirizzo:

1. per quanto riguarda gli ordini di spesa, questi devono essere obbligatoriamente e puntualmente inseriti al generarsi dell'impegno per l'azienda;
2. gli stessi, seppur in precedenza correttamente immessi, devono essere eliminati tempestivamente allorché sia venuta meno la causa che generò l'impegno per l'azienda;
3. per quanto riguarda le fatture registrate, devono essere liquidate senza indugio tutte quelle che rappresentano debiti certi, liquidi ed esigibili; in subordine va richiesta formalmente e tempestivamente nota di variazione al fornitore dandone informazione al Servizio Economico-Finanziario per la contabilizzazione di "note di credito da ricevere" a fronte di costi già registrati.

Quanto sopra si inserisce in un quadro di sempre maggiore attenzione regionale sulla coerenza dei sistemi contabili aziendali, sui quali sussistono debiti informativi da parte dell'ASL sempre più puntuali e stringenti.

I punti sopra riportati saranno oggetto di specifici sistemi di verifica e potranno essere associati a specifici obiettivi aziendali.

Nell'evidenziare la rilevanza strategica di quanto sottolineato e nel confidare nella piena collaborazione di tutte le strutture aziendali, si porgono nell'occasione distinti saluti.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Stefano MANFREDI

Servizio: SOC Programmazione e Controllo Gestione
Tel. 0131-306900 / 0131-306844
e-mail: controllogestione@aslal.it
www.asl.al.it



una sanità in salute fa bene a tutti

Censimento delle poste non correttamente gestite nei sistemi di contabilità analitica

Si è avviata un'analisi dei fattori produttivi ad oggi non correttamente gestiti nei sistemi in uso di contabilità analitica; per alcuni di essi (ad es. ammortamenti) si sta procedendo ad una loro più puntuale e completa gestione, integrandone l'informazione nell'ambito della contabilità direzionale.

Analogamente, per alcuni fattori produttivi, principalmente relativi a servizi non sanitari (utenze, pulizie, ...) si sta procedendo ad un'analisi e miglioramento dei sistemi di scarico sui centri di costo utilizzatori, uniformandone la gestione su tutte le sedi aziendali.

Si è proceduto all'analisi e implementazione dei sistemi informatici per la gestione degli ordini e delle fatture registrate (non ancora liquidate) in modo da integrare l'informazione derivante dal sistema di contabilità analitica nell'ottica della completezza e tempestività del dato disponibile.

Miglioramento dei sistemi di scambio interno

Si sta procedendo al miglioramento dei sistemi già in uso di scambio interno di prestazioni (ad esempio consulenze interne, ...), integrando il sistema di rilevazione anche con il miglioramento di alcune voci quali

- Ribaltamento costi sale operatorie (a seguito messa a regime della procedura informatica di gestione sale operatorie)
- Ribaltamento costi servizio anestesia (a seguito messa a regime della procedura informatica di gestione sale operatorie)
- Ribaltamento costi servizio di sterilizzazione (a seguito dell'informatizzazione della gestione dei costi per utilizzatore)

Si è proceduto anche ad una analisi e miglioramento dei criteri in uso (drivers) sui ribaltamenti dei costi aziendali comuni/generali sui centri di costo finali, aggiornando laddove necessario quanto previsto dal sistema di contabilità analitica aziendale.

Quanto sopra al fine di migliorare i sistemi di rilevazione dei costi effettivi dei diversi settori di erogazione aziendali.

Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA

Si sta procedendo ad un'analisi finalizzata a rendere i sistemi di contabilità analitica in uso sempre più funzionali alla rilevazione dei modelli di rilevazione dei costi per livello assistenziale (LA). Ciò attraverso:

- previsione di centri di costo che consentano una rilevazione oltre che di tipo "organizzativo" anche di tipo funzionale, correlata ai settori ed aree produttive dell'azienda;
- miglioramento dei sistemi di rilevazione degli scambi interni (così come in precedenza segnalato);
- miglioramento dei sistemi di ribaltamento dei costi comuni/generali (così come in precedenza segnalato)