LINEE GUIDA DEL PIANO DEI CONTI DELLA CONTABILITÀ GENERALE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE SICILIANA

INDICE

Allegato **2**
1) Le Finalità del documento **3**
2) La struttura del Piano dei Conti di Contabilità Generale delle Aziende Sanitarie **5**
4) Il Conto Economico **11**
4.1) Contributi in conto esercizio 11
4.2) I proventi e i ricavi diversi 12
4.2.1) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria 13
4.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche 20
4.4) La compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie 21
4.5) I costi per l'acquisto di beni 23
4.6) I costi per l'acquisto di servizi 24
4.6.1) Prestazioni di servizi sanitari 24
4.6.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria: *Trattamento dei costi del SUES 118* 28
4.7) Manutenzione e Riparazione 29
4.8) Godimento beni di Terzi 29
4.9) Costo del Personale 29
4.10) Accantonamenti tipici dell'esercizio 30
5) Stato Patrimoniale **31**
5.1) Crediti v/Regione per spesa corrente 31
5.2) Crediti v/Regione per versamenti a Patrimonio Netto 32
5.3) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche 33
5.4) Finanziamenti per Investimenti 34
5.5) Debiti v/Regione 34
5.6) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche 36

Allegato

Raccordo del Piano dei Conti con i modelli ministeriali CE e SP e descrizione contenuto voci (All.2.1 e All. 2.2)

1) Le Finalità del documento

Le linee guida per l'introduzione del Piano dei Conti per la rilevazione dei componenti patrimoniali, economici e finanziari delle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Sicilia hanno la finalità di :

- agevolare la comprensione delle voci da cui è composto tale strumento di misurazione degli eventi gestionali, mediante registrazioni contabili;
- dettare regole chiare al fine di dare uniformità alle registrazioni contabili delle Aziende;
- migliorare sempre di più il livello di integrazione delle Aziende;
- consolidare i bilanci a livello regionale.

Il presente documento è, anche, rivolto a definire regole e procedure che le Aziende Sanitarie devono applicare per la rilevazione contabile dei principali fenomeni gestionali, utilizzando uno schema unitario di Piano dei Conti. L'obiettivo è quello di pervenire alla predisposizione, da parte delle Aziende Sanitarie, di modelli di rilevazione periodica che siano il più omogenei possibili per contenuto e forma, anche in modo da favorire il processo di consolidamento ad opera della Regione Siciliana.

L'esigenza di aggiornare per talune fattispecie le direttive impartite con la Circolare inter-assessoriale Sanità/Bilancio n°7 del 4 aprile 2005, è maturata proprio con l'introduzione del Piano dei Conti di Contabilità Generale per le Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Siciliana (d'ora in avanti denominato per brevità PdC regionale), derivante dalla volontà di omogeneizzare le modalità e le procedure di rilevazione contabile tra le Aziende del sistema regionale.

Insieme alle direttive impartite con l'anzidetta Circolare, l'introduzione del PdC regionale conferma la volontà della Regione rivolta a coordinare e monitorare il processo gestionale e contabile delle Aziende, ed a supportarle nella fase di cambiamento, conseguente alla introduzione dei nuovi modelli ministeriali di rilevazione dei conti del Servizio Sanitario Nazionale, emanati con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze in data 13 dicembre 2007 .

Tali schemi sono stati il punto di partenza per la predisposizione del nuovo modello di PdC regionale. Il collegamento tra la contabilità generale e i modelli ministeriali è stato ritenuto

necessario al fine di agevolare l'attività di rilevazione delle Aziende e limitare al massimo le rielaborazioni e le riclassificazioni.

Un'ultima annotazione riguarda i destinatari delle Linee guida. Le direttive previste hanno una valenza che non si esaurisce solo sul piano tecnico, bensì coinvolge la dimensione organizzativa delle Aziende.

Infatti tutta la struttura del PdC Regionale, sia a livello patrimoniale, sia a livello economico, va alimentata dalle Aziende attraverso un processo di vera e matura integrazione aziendale, dove tutte le componenti dell'organizzazione, pur dotate di autonomia decisionale e di attribuzione di specifiche risorse, condividono il senso di forte appartenenza e di effettiva unitarietà, al fine di determinare in modo uniforme il risultato di gestione, di confrontare la capacità produttiva di ciascuna Azienda, misurando tutti gli scambi posti in essere tra le stesse, pervenendo infine a livello di Regione al consolidamento di tutte le partite intercompany e determinando il risultato netto di esercizio del Sistema Sanitario Regionale.

Il presente documento è strutturato in maniera da essere un pratico strumento di lavoro che si prefigge di proporre soluzioni concrete ai problemi operativi. Nello specifico, esso illustra, oltre le finalità del documento, la struttura del nuovo PdC regionale, le rilevazioni contabili delle principali voci di ricavi, costi, debiti e crediti. Sono, inoltre, riportati degli esempi pratici di scritture applicate a casi specifici.

In sostanza il manuale tratta i principali fatti e accadimenti in cui si concretizza l'attività delle Aziende Sanitarie, che evidenziano delle novità rispetto alle precedenti modalità di rilevazione contabile.

Di seguito vengono trattate le principali specificità inerenti il Conto Economico e lo Stato Patrimoniale, rinviando all'allegato documento (PdC con linee guida), corredato da istruzioni operative più dettagliate, per quanto non espressamente commentato.

Si precisa che il presente documento riportante le linee guida al PdC regionale, può essere soggetto ad ulteriori integrazioni e/o perfezionamenti che si dovessero rendere necessari al fine di un migliore impiego dello strumento in oggetto.

2) La struttura del Piano dei Conti di Contabilità Generale delle Aziende Sanitarie

Il PdC regionale è strutturato su cinque livelli:

- Serie
- Gruppo
- Mastro
- Conto
- Sottoconto

Il codice, da Serie a Sottoconto, definisce la struttura gerarchica del PdC regionale, ed è funzionale quindi a posizionare, in dettaglio o in aggregato, secondo i livelli espositivi determinati dalla Regione, l'informazione relativa ai fatti gestionali rilevati in contabilità generale dall'Azienda.

Ne consegue che il codice numerico attribuito non è immodificabile, purché sia rispettato, tanto il livello minimo di dettaglio informativo, quanto tutte le aggregazioni previste dallo stesso PdC regionale a livello di serie, gruppo, mastro e conto.

In taluni casi a livello di sottoconto, come informazione minima, non è stata prevista una voce residuale e conclusiva, al fine di consentire all'Azienda di potere ampliare le informazioni rilevate nella propria contabilità (per es. Mastro ="Costo del personale dirigente medico" oltre ai sottoconti individuati nel PdC regionale, non è stato previsto il sottoconto residuale "Altri costi del personale dirigente medico", al fine di permettere di creare il sottoconto nel PdC aziendale, se ritenuto necessario, dopo avere implementato il dettaglio con altri conti elementari)

I livelli di aggregazione previsti dal PdC regionale consentono:

- di soddisfare le esigenze informative ministeriali richieste dal 01/01/2008;
- di soddisfare integrative esigenze informative regionali, finalizzate anche ad un'attività di benchmarking tra le strutture presenti sul territorio, per supportare le valutazioni strategiche e programmatiche a livello regionale;

- di soddisfare le esigenze gestionali aziendali attraverso l'istituzione di ulteriori livelli di dettaglio (per es. Serie "attivo" -- Gruppo "attivo circolante" -- Mastro "crediti vs/comuni" -- Conto "comune XXX" – Sottoconto "libero livello di dettaglio" in tale fattispecie la Regione prevede la voce Crediti vs. "Comune XXX", e rimane a discrezione dell'Azienda la possibilità di dettagliare ulteriormente per singolo Comune la tipologia di Credito).

Da ciò deriva che il livello minimo di informazione richiesta, può configurarsi a livello di conto (prevedendo quindi che l'Azienda possa estendere ulteriormente l'analiticità del dato per proprie esigenze gestionali/informative) o a livello di sottoconto, prevedendo altresì la possibilità che l'Azienda possa istituire e/o integrare la struttura con altri sottoconti aggiuntivi o livelli ulteriori, per classi di valori non contemplati nel livello minimo richiesto, purchè raccordabili ai modelli ministeriali.

3) La Mobilità tra le Aziende Sanitarie

Il "mercato" delle prestazioni sanitarie prevede **la libera scelta del cittadino** della struttura sanitaria presso cui riceverle, siano esse aziende di natura pubblica o natura privata, della propria o di altre regioni. In funzione di tale sistema di **scambio delle prestazioni, nasce la necessità di monitorare la mobilità del cittadino** che può essere così schematicamente classificata:

- mobilità extraregionale: è la mobilità riferita a cittadini residenti in una Regione che usufruiscono di prestazioni sanitarie da strutture (pubbliche o private) ubicate nel territorio di un'altra Regione;
- mobilità infraregione: è la mobilità riferita a cittadini residenti in una Regione che usufruiscono di prestazioni sanitarie da strutture (pubbliche o private) site nel territorio di competenza di una ASL diversa da quella dove è residente il cittadino, sebbene la struttura sanitaria che eroga il servizio sia ubicata nel territorio della Regione ove il cittadino risiede.

Il fenomeno della mobilità sanitaria è determinato dall'erogazione di servizi sanitari da parte di aziende diverse rispetto a quelle in cui il soggetto beneficiario ha residenza anagrafica e per il quale l'ASL di appartenenza riceve finanziamento per quota capitaria da parte della Regione.

La struttura tecnico contabile che consente di rilevare i flussi della mobilità è diversa a seconda che si riferisca ad un'ASL (Azienda territoriale) o un Azienda Ospedaliera (Ente erogatore).

L'**Azienda territoriale** (**ASL**) provvede a erogare prestazioni sanitarie ai cittadini residenti nel proprio territorio di competenza e ad acquistare prestazioni sanitarie erogate da altre strutture ai cittadini residenti nel proprio territorio di competenza, per le quali ottiene dalla Regione il finanziamento per quota pro-capite. Essa, inoltre, provvede a erogare prestazioni sanitarie a cittadini residenti nella Regione ma non nel territorio di competenza ed a cittadini residenti in altre Regioni.

Poiché per tali ultime prestazioni non ottiene finanziamento, ne scaturisce la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni erogate a cittadini in ambiti diversi da quelli del finanziamento pro-capite.

L'**Azienda ospedaliera** provvede a erogare prestazioni sanitarie ai cittadini residenti nella Regione o in altre Regioni, e ottiene un ricavo pari alla valorizzazione della produzione delle proprie prestazioni.

Attualmente ai fini della regolamentazione della compensazione della mobilità, il documento guida è il Testo Unico del 2003, che prevede che le regioni annualmente si scambino informazioni riguardanti le prestazioni sanitarie erogate in mobilità, all'interno di flussi informativi prestabiliti.

I flussi previsti dal Testo Unico e attualmente alimentati nella Regione Siciliana riguardano:

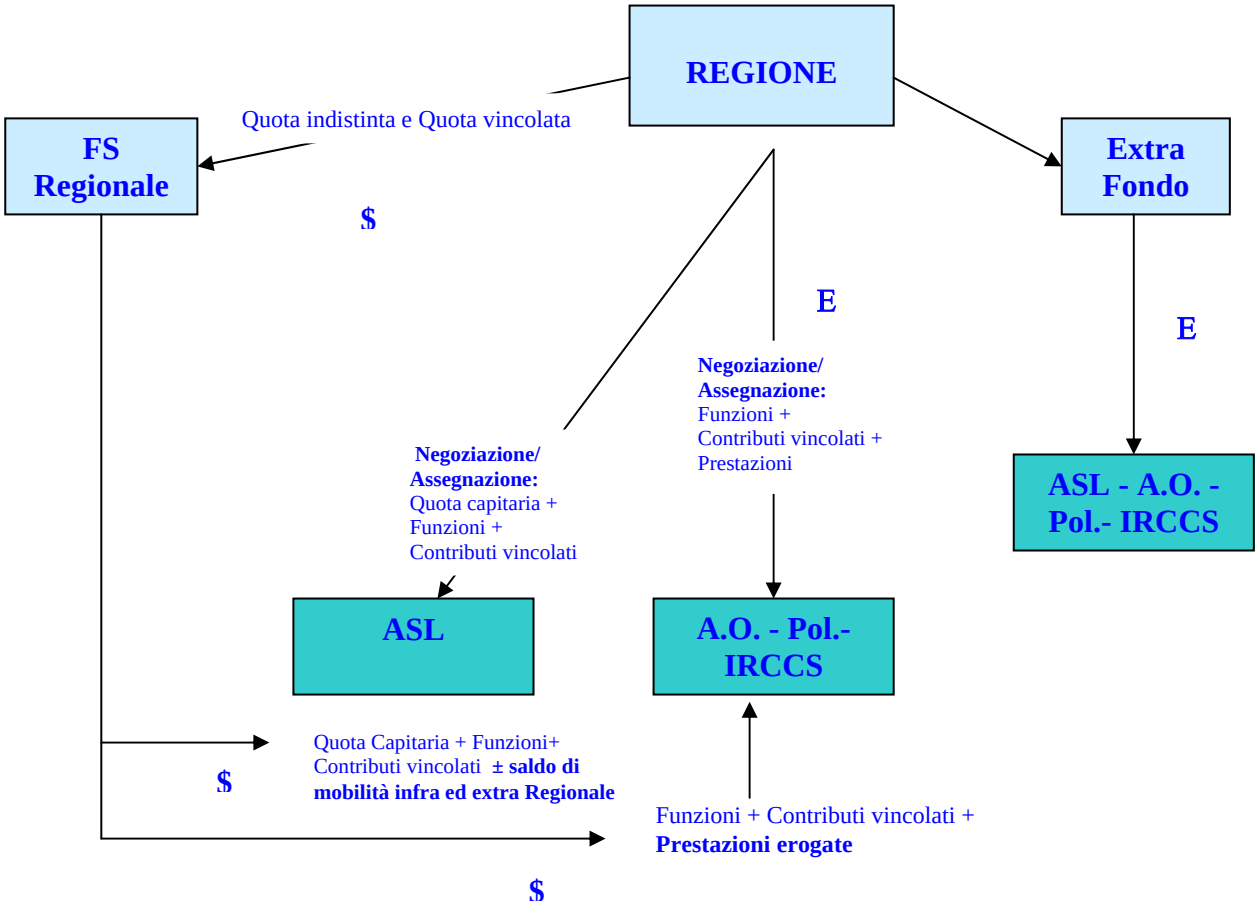
- l'attività di ricovero (flusso A);
- la medicina generale (flusso B);
- la specialistica ambulatoriale (flusso C);
- la farmaceutica in convenzione (flusso D);
- le cure termali (flusso E);
- la somministrazione diretta di farmaci (flusso F);
- il trasporto con ambulanza e l'elisoccorso (flusso G).

Lo scambio di prestazioni genera **flussi contabili** differenti a seconda che le prestazioni siano fruite:

1. Da propri cittadini (residenti in Regione) in strutture sanitarie site nella stessa ASL o in altre ASL della Regione (**mobilità infra-asl)**
2. Da cittadini di altre Regioni (**mobilità attiva extra-Regione**) o stranieri (**mobilità attiva internazionale**) in strutture sanitarie site nella Regione
3. Da propri cittadini in strutture sanitarie site fuori dalla Regione (**mobilità passiva**)

La rilevazione dei flussi contabili deve consentire di evidenziare la mobilità attiva e la mobilità passiva e tiene conto del ruolo di "stanza di compensazione" che la Regione svolge.
La Regione assume, infatti, il ruolo fondamentale di "controllore" e "fornitore" dei dati contabili relativi alle prestazioni sanitarie, comunicando periodicamente i dati in base ai quali effettuare le rilevazioni.

La rappresentazione del "ciclo finanziario **$**" e del "ciclo economico **E**" si può così schematizzare:



In relazione al modello di cui sopra si riportano in via esemplificativa le modalità di rilevazione contabile.

In attesa del Decreto dell'Assessore alla Sanità di assegnazione della quota di FS regionale, al momento dell'incasso delle rimesse periodiche regionali, sia che trattasi di FSN, sia che trattasi di FS regionale, si effettuano le seguenti rilevazioni:

$

1.02.03.02.02	Crediti verso regione per acconti su spesa corrente	A	2.07.02.02.04	Debiti V/Regione per acconti su spesa corrente
1.02.12.01.01	Istituto Tesoriere	A	1.02.03.02.02	Crediti verso regione per acconti su spesa corrente

Successivamente all'assegnazione della quota FS regionale, (Quota Capitaria, Funzioni e contributi vincolati per le ASL, Funzioni, contributi vincolati e valorizzazione delle prestazioni per le AA.OO.) le Aziende sanitarie rilevano il ricavo in contropartita ai "Crediti v/Regione per spesa corrente" e provvedono a rilevare la scrittura di permutazione patrimoniale relativa allo storno dei

"debiti v/Regione per acconti su spesa corrente" e dei "crediti v/Regione per spesa corrente", per l'importo pari al valore dei debiti per acconti, rilevati precedentemente:

2.07.02.02.04	Debiti V/Regione per acconti su spesa corrente	A	1.02.03.02.01	Crediti verso regione per spesa corrente

Relativamente alle scritture afferenti il "ciclo economico" si rimanda al § 4.1) Contributi in c/esercizio.

4) Il Conto Economico

4.1) Contributi in conto esercizio

Le Aziende Sanitarie ricevono somme, a destinazione indistinta o vincolata a specifiche iniziative, da parte di enti pubblici o organismi privati per lo svolgimento dell'attività istituzionale. Tali somme sono iscritte in Conto Economico, nella voce A.1) Contributi in conto esercizio del Modello CE.

Tale voce di ricavo comprende tutte le assegnazioni, riconosciute all'Azienda dalla Regione o da altri Enti pubblici, per lo svolgimento della propria attività istituzionale.
I contributi in conto esercizio, come da Piano dei Conti, possono essere distinti in:

1 *Contributi da Regione per quota F.S.* regionale, a sua volta distinti in:

- Quota F.S. indistinta: quota pro-capite delle ASL territoriali, valorizzazione funzioni non tariffate associabile alle strutture eroganti, valorizzazione attività da flusso File T, o altro;

- Quota F.S. vincolata: attività progettuali a valenza sanitaria e socio-sanitaria, altri contributi, (ad esempio i contributi riconosciuti alle Aziende sedi delle Centrali Operative del SUES 118, i contributi per indennità di disagiata residenza alle farmacie rurali, contributi per hanseniani ecc.);

2 *Contributi extra FS*: individuati sia in relazione ai **soggetti erogatori** (Regione e da altri enti pubblici) sia in relazione **all'attività da finanziare** (ad esempio contributi vincolati per L.210/92, per talassemici, per stabilizzazione LSU e PUC, per ricerca corrente, per ricerca finalizzata, altro).

3 *Contributi c/esercizio da enti privati*: si evidenzia la particolarità dell'appostamento del contributo di Tesoreria in questa voce.

I contributi in conto esercizio da Regione a destinazione vincolata derivano da specifici programmi di finanziamento regionale e/o nazionale, che determinano i criteri di utilizzo e di imputazione delle risorse.

I contributi in conto esercizio devono essere rilevati a conto economico, nel rispetto del **principio della competenza**, al momento del **decreto dell'Assessore alla Sanità d'assegnazione del contributo**, che rappresenta la certezza giuridica di avere diritto al contributo, *indipendentemente dall'effettivo incasso*. Per limitare gli effetti negativi di ritardi burocratici e amministrativi, è sufficiente anche una **comunicazione formale** da parte dell'Assessore alla Sanità per l'iscrizione del contributo nel conto economico delle Aziende Sanitarie.

La registrazione dei contributi secondo il principio della competenza determina, per quanto concerne i **finanziamenti vincolati**, una diversificazione temporale tra l'iscrizione del ricavo al conto economico e il sostenimento dei costi. Pertanto, nel caso in cui il progetto finanziato non si esaurisca nel corso dell'esercizio, la quota parte di ricavo relativa ai costi non ancora sostenuti, dovrà essere rinviata all'esercizio successivo mediante la rilevazione di un risconto passivo.

Questo trattamento contabile non riguarda i contributi ad utilizzo indistinto per i quali non sussiste un vincolo temporale e di destinazione d'uso.

Un discorso a parte deve essere effettuato per le **Aziende Ospedaliere, IRCCS Pubblici e Policlinici Pubblici**: esse, in virtù delle profonde differenze di funzionamento rispetto alle Aziende Sanitarie, rilevano nei conti dedicati ai Contributi in c/esercizio (indistinti e vincolati) solo le somme erogate dalla Regione sulla base di specifiche funzioni dalla stessa individuate come contributi.

Al momento dell'assegnazione regionale della quota di FS Regionale di rispettiva competenza, le aziende sanitarie effettuano la seguente registrazione contabile:

1.02.03.02.01	Crediti verso Regione per spesa corrente	a	4.01.01.01.01	Contributi da Regione per quota FSR indistinto

Attraverso tale scrittura le **A.O, IRCCS e Policlinici** rilevano il ricavo relativo alle funzioni non tariffate (o altre quote legate al FS Regionale), mentre le **ASL** rilevano la quota capitaria.

4.2) I proventi e i ricavi diversi

Le Aziende registrano nella voce "Proventi e ricavi diversi", compatibilmente con quanto definito per il modello CE nella Conferenza Stato-Regioni, tutti i ricavi derivanti dalla gestione ordinaria di un'Azienda Sanitaria.

4.2.1) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria

Si riferiscono, per le **ASL,** ai proventi derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie rese a favore di utenti non residenti nei propri territori di riferimento, per le **AO, IRCCS e Policlinici** ai ricavi e ai proventi derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie.

Nell'ambito delle prestazioni sanitarie, come evidenziato nel Piano dei conti, si distinguono:

a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a ASL, AO, IRCCS e Policlinici della Regione;

b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate ad altri soggetti pubblici della Regione;

c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici extra Regione;

d) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva);

e) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati

f) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia.

a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a ASL, AO, IRCCS e Policlinici della Regione

Si tratta delle prestazioni sanitarie sociosanitarie erogate da ASL, AO, IRCCS e Policlinici della Regione, agli assistiti residenti in Sicilia. Sono escluse le prestazioni sanitarie erogate dalle ASL ai cittadini residenti nel proprio territorio.

Il ricavo rappresenta per ciascuna struttura la valorizzazione delle prestazioni erogate. In relazione alla specificità e particolarità del sistema sanitario regionale (SSR), è necessario distinguere le prestazioni rendicontate attraverso i flussi ministeriali, dalle altre prestazioni sanitarie rendicontate attraverso la fatturazione attiva o i flussi integrativi regionali.

L'attribuzione della valorizzazione delle prestazioni rendicontate attraverso i **flussi ministeriali,** in funzione della residenza dell'assistito a cui sono rese, costituisce il dato fondante della mobilità. Tali flussi ministeriali si distinguono in:

- Prestazioni di ricovero (flusso A);
- Prestazioni di File F (flusso F);
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (flusso C);
- Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso (flusso G),

che sono valorizzate sia da **A.O**., **Policlinici, IRCCS** che dalle **ASL** per le prestazioni rese ad assistiti non residenti nel proprio territorio, e

- Prestazioni servizi MMG, PLS, Continuità Assistenziale (flusso B);
- Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata (flusso D);
- Prestazioni termali (Flusso E),

che sono valorizzate esclusivamente dalle **ASL** per le prestazioni rese ad assistiti non residenti nel proprio territorio.

Per tali flussi la valorizzazione e l'iscrizione tra i ricavi nei bilanci delle aziende, avviene con modalità diverse rispetto al principio della rilevazione attraverso la fatturazione attiva.

Le **ASL,** le **AO, i Policlinici e l'IRCCS Bonino Pulejo,** devono produrre periodicamente i flussi relativi alle proprie attività e, conseguentemente, rilevare il ricavo delle prestazioni sulla base delle indicazioni **fornite dalla Regione.**

Nell'ambito dei ricavi per prestazioni sanitarie, infatti, un posto di rilievo è occupato dalla **mobilità attiva**: essa si configura per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate da Aziende Ospedaliere, Irccs e Policlinici a cittadini residenti nella Regione (**mobilità infraregionale**), nonché i ricavi derivanti da prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a cittadini non residenti nella Regione (**mobilità extraregionale**).

L'Azienda deve iscrivere nelle relative voci di ricavo espresse nei conti "04.02.01.01.01; 02; 03; 04; 06; 07; 08; 09;10" l'ammontare dei ricavi per prestazioni erogate ad assistiti residenti nella Regione, (ma non nel proprio territorio di riferimento nel caso delle Asl), o a residenti extraregione. La registrazione di un ricavo in contabilità generale comporta l'individuazione di un credito nei confronti del soggetto a favore del quale sono state erogate le prestazioni.

Le Aziende sanitarie, a fronte dei ricavi da mobilità attiva intraregionale, devono iscrivere nello SP il correlato credito.

Poiché la Regione ha scelto il **metodo della compensazione diretta** (ovvero è la Regione che cura direttamente i rapporti di mobilità intraregionale tra Aziende sanitarie regionali e le compensazioni correlate), le Aziende dovranno inserire il credito nel sottoconto **1.02.03.02.03 "Crediti v/ Regione per mobilità attiva da Asl-Ao intraregionale"**.

A titolo esemplificativo, si riportano alcuni esempi di rilevazione contabile:

1.02.03.02.03	Crediti verso Regione per mobilità attiva da ASL - AO - intraregionale	a	4.02.01.01.01	Prestazioni di ricovero – Regione

1.02.03.02.03	Crediti verso Regione per mobilità attiva da ASL - AO - intraregionale	a	4.02.01.01.02	Prestazioni di specialistica ambulatoriale – Regione

Le **altre prestazioni sanitarie** erogate dalle **ASL,** e dalle **AO, Policlinici e IRCCS** sono costituite dalle prestazioni rese da ciascuna azienda sanitaria ai cittadini residenti in Sicilia, ma non rendicontate attraverso i flussi ministeriali. In particolare si individuano le seguenti tipologie indicate nel Piano dei Conti:

1) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale;
2) Valorizzazione prestazioni da FILE Z;
3) Cessione, Farmaci, emoderivati ed emocomponenti - Regione;
4) Altre prestazioni sanitarie – Regione.

Per tali prestazioni le aziende sanitarie, provvedono a rilevare il relativo ricavo attraverso i seguenti esempi di rilevazione contabile:

1) al momento della valorizzazione dell'attività resa da CTA a gestione diretta tramite modalità all'uopo indicate dalla Regione, l'ASL che ha reso la prestazione effettua la seguente scrittura:

1.02.05.01.xxx	Crediti verso Azienda USL XXX della regione	a	4.02.01.01.05	Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale - Regione

2) al momento della validazione da parte della Regione del flusso specifico, l'A.O. che ha prodotto il flusso effettua la seguente scrittura:

1.02.05.02.xxx	Crediti verso A.O. XXX della Regione	a	4.02.01.01.11	Valorizzazione prestazioni da FILE Z

3) al momento dell'emissione della fattura, l'ASL che ha reso la prestazione effettua la seguente scrittura:

1.02.05.01.xxx	Crediti verso Azienda USL XXX della regione	a	4.02.01.01.12	Cessione, Farmaci, emoderivati ed emocomponenti - Regione

b) <u>Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate ad altri soggetti pubblici della Regione</u>

Fanno riferimento alle prestazioni sanitarie erogate dalle aziende sanitarie (**ASL, AO, Policlinici**, **IRCCS** pubblici) ai soggetti pubblici, diversi dalle aziende sanitarie della Regione.

In relazione alla tipologia delle prestazioni erogate dalle aziende di cui sopra, la categoria in argomento comprende i ricavi e i rimborsi per servizi resi a Comuni, Province, Regioni, ad enti previdenziali, ad amministrazioni statali, ad altri enti del settore pubblico allargato della regione.

Fanno riferimento, inoltre, all'attività veterinaria, attività di riabilitazione ed in generale di area socio-sanitaria eseguita da strutture a gestione diretta (es. Idr ex art. 26, Rsa, ecc.) erogate a favore dei soggetti pubblici sopraindicati.

Infine, si riferiscono, anche, alle prestazioni relative alle attività sanitarie rimborsate dalle Prefetture (per es. prestazioni urgenti ed indifferibili erogate a favore di utenti extracomunitari non regolarmente soggiornati su territorio nazionale ed indigenti).

I ricavi per tali prestazioni, vengono rilevati attraverso la registrazione contabile della fatturazione attiva o documento sostitutivo.

Nello specifico si riporta alcuni esempi di rilevazione contabile.

1.02.04.01.00	Crediti v/Comuni	a	4.02.01.02.01	Ricavi per prestaz. Sanitarie e sociosanitarie erogate ad altri soggetti pubblici della Regione

1.02.08.07.00	Crediti v/altri soggetti pubblici	a	4.02.01.02.01	Ricavi per prestaz. Sanitarie e sociosanitarie erogate ad altri soggetti pubblici della Regione

c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici extra Regione

Si tratta delle prestazioni sanitarie sociosanitarie erogate da **ASL, AO, IRCCS e Policlinici** della Regione, agli assistiti residenti in altre Regioni.

Il ricavo rappresenta per ciascuna struttura la valorizzazione delle prestazioni erogate. In relazione alla specificità e particolarità del sistema sanitario regionale (SSR), è necessario distinguere, come evidenziato nel punto a), le prestazioni rendicontate dai flussi ministeriali, dalle altre prestazioni sanitarie rendicontate attraverso la fatturazione attiva.

Per le prestazioni relative ai flussi ministeriali, le **ASL, AO, IRCCS e Policlinici,** devono rilevare periodicamente il ricavo delle prestazioni, sulla base delle indicazioni **fornite dalla Regione** (come punto a).

A titolo esemplificativo, si riportano alcuni esempi di rilevazione contabile:

1.02.03.02.04	Crediti v/ Regione per mobilità attiva da Asl-Ao extraregione	a	4.02.01.03.01	Prestazioni di ricovero - Extraregione

1.02.03.02.04	Crediti v/ Regione per mobilità attiva da Asl-Ao extraregione	a	4.02.01.03.02	Prestazioni di specialistica ambulatoriale - Extraregione

Le altre prestazioni sanitarie, non soggette a compensazione, erogate dalle **ASL**, dalle **AO, e Policlinici** e **IRCCS** sono costituite dalle prestazioni rese da ciascuna azienda sanitaria ai cittadini residenti in altre Regioni.

Per tali prestazioni le aziende sanitarie, provvedono a rilevare il relativo ricavo attraverso la registrazione contabile delle rispettive fatture attive, emesse nei confronti delle aziende sanitarie del territorio regionale.

In particolare si riporta un esempio di rilevazione contabile:

1.02.05.04.xx	Crediti v/ aziende sanitarie pubbliche fuori Regione (mobilità pubblica non in compensazione)	a	4.02.01.03.11	Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggette a compensazione Extraregione

d) <u>Ricavi per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva);</u>

Si tratta dei ricavi, per le prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati a residenti in altre regioni. Nello specifico si riferiscono alle seguenti tipologie:

- Prestazioni di ricovero da privato extraregione in compensazione (mobilità attiva);
- Prestazioni ambulatoriali da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva);
- Prestazioni di File F da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva);

- Altre prestazioni sanitarie erogate da privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva).

Le **ASL** provvedono su indicazione della Regione, a rilevare i ricavi per le prestazioni erogate ai residenti di altre Regioni.

A titolo esemplificativo si riporta un esempio di rilevazione contabile:

1.02.03.02.05	Crediti v/ Regione per mobilità attiva extraregione da privato	a	4.02.01.04.01	Prestazioni di ricovero da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)

e) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati

Riguardano ricavi, relative a prestazioni sanitarie erogate dalle **ASL**, dalle **AO**, dai **Policlinici** e dagli **IRCCS pubblici** a soggetti privati.

Per tali prestazioni, indicate nel Piano dei Conti, si procede a rilevarli contabilmente, attraverso la registrazione contabile delle fatture emesse dalle aziende sanitarie ai soggetti privati.

A titolo esemplificativo si riporta un esempio di rilevazione contabile:

1.02.08.01.00	Crediti v/clienti privati	a	4.02.01.05.01	Proventi per rilascio certificazioni sanitarie

f) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia.

Le voci di ricavo derivanti dall'espletamento dell'attività libero-professionale svolta dal personale dipendente in regime di libera professione intra-moenia (ALPI), sono suddivise all'interno del Piano dei Conti secondo le aree di riferimento e le modalità di svolgimento:

- Ricavi per prestazioni sanitarie in regime di ricovero in intramoenia - (ALPI)
- Ricavi per prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali in intramoenia - (ALPI) - presso spazi interni all'Azienda;
- Ricavi per prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali in intramoenia - presso spazi esterni all'Azienda (ALPI allargata);

- Ricavi per prestazioni sanitarie di sanità pubblica in intramoenia - (ALPI);
- Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia – Consulenze;
- Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze vs. Asl - Ao, Irccs e Policlinici della Regione;
- Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro
- Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Asl - Ao, Irccs e Policlinici della Regione)

In particolare, nel caso delle **prestazioni erogate in regime di intramoenia**, effettuata nell'ambito delle strutture aziendali, le casse competenti rilasciano **fattura** all'assistito e registrano il compenso nel registro IVA vendite; nel caso di attività intramuraria effettuata presso gli studi degli specialisti (ALPI allargata), il medico è tenuto a versare periodicamente l'importo incassato.

I ricavi per la libera professione intramoenia vengono rilevati dalle aziende, attraverso la registrazione della fattura emessa nei confronti dei soggetti destinatari della prestazione (come evidenziato nel dettaglio del Piano dei Conti: da 4.02.01.06.01 a 4.02.01.06.08).

A titolo esemplificativo si riporta un esempio di rilevazione contabile:

1.02.08.01.00	Crediti v/clienti privati	a	4.02.01.06.02	Ricavi per prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali in intramoenia – presso spazi interni

4.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche

Sono compresi in questa categoria:

- Rimborsi assicurativi;
- concorsi, recuperi e rimborsi da parte di privati o enti pubblici per i costi sostenuti per loro conto nello svolgimento dell'attività ordinaria dell'azienda (istituzionale e accessoria);

In tale ultima categoria, si sottolinea la particolarità della voce "*Rimborsi per compensi personale SUES 118 v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione*".

La voce accoglie il valore dei trasferimenti effettuati da parte delle Aziende Ospedaliere sede Centrale Operativa SUES 118, cd. "Aziende Capofila" (Arnas Civico di Palermo -- Papardo di Messina -- S.Elia di Caltanissetta -- Cannizzaro di Catania) alle altre Aziende, finalizzate al pagamento delle incentivazioni al personale infermieristico e medico anestesista impegnato nel SUES, su disposizione della medesima Centrale Operativa.

Si riporta un esempio di rilevazione contabile dell'Azienda non capofila:

1.02.05.02.09	Crediti verso Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania	a	4.03.02.01.03	Rimborsi per compensi personale SUES 118 v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione

Mentre, per quanto riguarda i **rimborsi per personale comandato** presso altre Aziende Sanitarie o Enti Pubblici, in base a specifica delibera del Direttore Generale, l'Azienda autorizza il comando del dipendente ed accerta se del caso, in base a stima, l'entrata relativa al rimborso delle competenze da liquidare nel corso del periodo di comando.

Infine, nella voce "**Rimborso** *da Aziende Farmaceutiche per Pay Back*" (conto: 4.03.02.04.01) va rilevata la quota di pay back riconosciuta all'Azienda dalla Regione.

4.4) La compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie

Nell'ambito dei ricavi per "compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)" sono previsti conti diversi a seconda che la compartecipazione sia riscossa sulle prestazioni sanitarie erogate in ambito ambulatoriale, piuttosto che a seguito di accesso con codice bianco al PS, o altro (quota a carico dell'utente per degenza presso RSA).

La voce "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie" comprende i ricavi che derivano dalla partecipazione del cittadino alla spesa per le prestazioni sanitarie erogate secondo le disposizioni della vigente normativa, ovvero i ticket. Tali ricavi, pertanto, rappresentano una quota parte della remunerazione totale della prestazione erogata dall'azienda al singolo. La restante parte viene versata, in forma di contributo in conto esercizio, dal sistema sanitario nazionale.

Il pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa è finalizzato a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni stesse e ad evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni.

I proventi da ticket sono fuori del campo di applicazione dell'I.V.A. e sono versati dall'assistito direttamente alle Casse istituite presso i vari presidi che erogano le prestazioni. Essi devono essere rilevati per competenza, pertanto nel caso in cui il ticket non venga immediatamente incassato, è necessario evidenziare il credito verso privati nella voce: "*Crediti verso clienti privati*".

4.5) I costi per l'acquisto di beni

I **costi per acquisti di beni** di consumo sono riferiti a tutti i beni necessari all'Azienda Sanitaria per lo svolgimento delle sue attività e sono classificabili come:

a) Acquisti di beni sanitari (farmaci, emoderivati, materiale protesico, presidi chirurgici, prodotti farmaceutici per uso veterinario, ecc.)

All'interno degli acquisti di "Altri beni e prodotti sanitari" è stato introdotto il sottoconto dedicato agli acquisti di "*sangue ed emocomponenti in DH-pazienti cronici*". In quest'ultimo sottoconto vanno contabilizzati i costi relativi alla somministrazione di sacche di sangue ed emocomponenti a pazienti ricoverati in regime di DH, correlati a patologie croniche evolutive e degenerative (Decreto Assessorato Sanità del 6 giugno 2003).

Pur in assenza di specifici conti dedicati all'interno del PdC regionale, si suggerisce alle Aziende di accendere appositi sottoconti denominati "prodotti farmaceutici per distribuzione diretta (file F)" (lo stesso dicasi per gli "emoderivati") e "prodotti farmaceutici erogati a pazienti in DH-patologie oncologiche (file T)" da imputare al conto 5.01.01.01.00 "prodotti farmaceutici"(o al conto 5.01.01.02.00 "emoderivati").

Mentre, per le sole ASL si suggerisce di creare uno specifico sottoconto denominato "prodotti farmaceutici distribuiti in nome e per conto" da imputare al conto 5.01.01.01.00 "prodotti farmaceutici" (lo stesso dicasi per gli "emoderivati"). Gli oneri delle farmacie che svolgono tale servizio, dovranno essere imputati invece al sottoconto 5.02.01.08.04 "Costi per servizio di distribuzione farmaci PHT (DPC) reso da farmacisti e grossisti", fra i costi per "Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F".

b) Acquisti di beni non sanitari (spese per prodotti alimentari, materiale di guardaroba, di pulizia, carburante, cancelleria, ecc.)

Al fine di consentire l'applicazione delle logiche del consolidato regionale, all'interno delle due macro categorie è presente il sottoconto che accoglie i costi per l'acquisto di beni, sanitari e non, da altre Aziende Sanitarie pubbliche della Regione.

In tal caso, in via esemplificativa, l'ASL che acquista il bene registra:

5.01.01.13.xx	Beni e prodotti sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	a	2.07.04.02.xx	Debiti verso A.O. xxx della Regione

e l'A.O. che vende il bene registra:

1.02.05.01.xx	Crediti verso Azienda USL xxx della Regione	a	4.03.02.01.02	Rimborsi per acquisto beni da parte di Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione

4.6) I costi per l'acquisto di servizi

Devono essere imputati nella voce "Costi per acquisto di servizi" tutti i costi certi e stimati, al netto di eventuali resi, sconti, abbuoni e premi, derivanti dall'acquisizione di servizi nell'esercizio dell'attività ordinaria dell'Azienda. Nelle Aziende sanitarie, i servizi possono riferirsi a:

- **Prestazioni di servizi sanitari** (quali per esempio acquisti di assistenza ospedaliera, acquisti di prestazioni specialistica ambulatoriale, farmaceutica convenzionata, assistenza medico generica, assistenza termale, ecc.);
- **Prestazioni di servizi non sanitari** (quali, per esempio, servizi per consulenze, assicurazioni, servizi di lavanderia, di mensa, di riscaldamento, ecc.).

4.6.1) Prestazioni di servizi sanitari

Nell'ambito dei **costi per prestazioni sanitarie**, un discorso a parte va effettuato per la mobilità passiva rilevata dalle **ASL**: essa comprende tutte le voci di costo accese a prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate da parte di Aziende sanitarie della Regione, sia direttamente che per il tramite di strutture convenzionate (mobilità infra-regionale), nonché i costi derivanti da prestazioni sanitarie e sociosanitarie ricevute da propri cittadini, ma erogate da strutture non localizzate nel territorio della Regione (mobilità extraregionale).

In particolare, per quanto riguarda le prestazioni sanitarie erogate da altre strutture pubbliche ubicate nella Regione a propri assistiti (mobilità passiva intra-regionale), a fronte dell'iscrizione nel CE dei costi per mobilità passiva intra-regionale, poiché è la Regione che cura direttamente i rapporti di mobilità intra-regionale tra Asl ed AO regionali e le compensazioni correlate, le **ASL** dovranno inserire il debito per le prestazioni ricevute nel sottoconto "Debiti v/Regione per mobilità passiva intraregione":

5.02.01.06.01	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	a	2.07.02.02.02	Debiti v/Regione per mobilità passiva intraregione

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie erogate da altre strutture pubbliche ubicate fuori dalla Regione a propri assistiti (mobilità passiva extra-regionale), a fronte dell'iscrizione nel CE dei costi per mobilità passiva extra-regionale, le ASL dovranno inserire il debito per le prestazioni ricevute nel sottoconto "Debiti v/Regione per mobilità passiva extraregione":

5.02.01.06.03	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera- da pubblico Extra Regione	a	2.07.02.02.03	Debiti v/Regione per mobilità passiva extraregione

Ciascuna Azienda comunica periodicamente i propri dati alla Regione, che procede ad un confronto e ad una rielaborazione di quanto ha ricevuto e ritrasmette alle Aziende i valori corretti delle partite infra-gruppo per l'alimentazione degli appositi conti dedicati, e la compilazione dei modelli ministeriali.

Tale comunicazione, da parte delle Aziende, avviene attraverso la trasmissione dei **flussi** relativi a "Assistenza ospedaliera (flusso A)", "Servizi per medicina di base (flusso B)", "Assistenza specialistica ambulatoriale (flusso C)", "Farmaceutica da convenzione (flusso D)", "Distribuzione farmaci e file F (flusso F)", "Prestazioni termali (flusso E)", "Trasporto con autoambulanza ed elisoccorso (flusso G)".

Per quanto riguarda "Assistenza riabilitativa (IdR ex art.26 L.n.833/78)", "Prestazioni psichiatriche (CTA)", "Assistenza geriatrica (RSA)", "Assistenza tossicodipendenti e alcolisti" "Assistenza in hospice", vengono validati attraverso la predisposizione di report informativi, la cui

modulistica verrà concordata tra Regione e Aziende, nelle more che il D.O.E. si faccia carico di attivare specifici flussi informativi idonei a rendicontare le compensazioni per la mobilità.

Per quanto riguarda, invece, il "File Z", il costo da addebitare viene determinato da parte della Regione sulla base dei flussi informatici pervenuti a sistema da parte di tutte le Aziende.

****

Relativamente ai costi per **acquisto di prestazioni sanitarie da privato,** le ASL rilevano in contabilità il fatturato delle strutture private, confermato dalla validazione del flusso di produzione nei casi della "Spedalità privata (flusso A)", "Assistenza specialistica degli ambulatoriali esterni (flusso M)", "Farmaceutica da convenzione (flusso D)", "Prestazioni termali (flusso E)".

Al fine di riportare il riferimento dei sottoconti da utilizzare, sono state prese in considerazione, a titolo di esempio, le Asl 1 e 2.

La Casa di Cura X, convenzionata con la Asl 2 invia la fattura per le prestazioni erogate alla stessa Asl, competente nel suo territorio di residenza, per un importo totale che comprende le prestazioni erogate sia a cittadini residenti che non residenti. Al ricevimento della fattura, l'Asl 2 effettua la seguente scrittura:

5.02.01.06.06	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura Private	a	2.07.06.02.xx	Debiti v/Case di Cura

Nell'esempio in esame, una parte dei costi iscritti dall'Azienda sono relativi a prestazioni erogate a cittadini non residenti nel proprio territorio di riferimento. Attraverso il sistema dei flussi regionali, la Regione riceve il flusso A della Casa di Cura X e, successivamente ed entro un termine congruo, comunica i proventi per mobilità attiva che l' Azienda dovrà contabilizzare per neutralizzare costi sostenuti per l'acquisto di tali prestazioni sanitarie.

Pertanto, l'Asl 2 rileverà un componente positivo di reddito (per la quota parte relativa alle prestazioni erogate a cittadini non residenti nel proprio territorio) e in contropartita rileverà l'accensione di un credito nei confronti della Regione, che cura direttamente i rapporti di mobilità intraregionale tra Aziende sanitarie regionali e le compensazioni correlate. (cd. Metodo della Compensazione diretta)

La scrittura conseguente è:

1.02.03.02.03	Crediti v/ Regione per mobilità attiva da Asl-Ao intraregionale	a	4.02.01.01.02	Prestazioni di ricovero-da privati accreditati ad assistiti di ASL Regione

Le Aziende competenti nel territorio di residenza dei soggetti a favore dei quali sono state erogate le prestazioni (nell'esempio in oggetto l'Asl 1), rileveranno in contabilità un costo per la mobilità passiva e in contropartita un debito nei confronti della Regione. Il c/ di costo da movimentare è scelto in funzione di chi eroga la prestazione, anche se si avvale di strutture private.

La scrittura conseguente è:

5.02.01.06.01	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Pubblico	a	2.07.02.02.02	Debiti verso Regione per mobilità passiva intraregionale	

Solo in seguito a specifica comunicazione regionale (operata di norma con periodicità annuale), i crediti e i debiti per mobilità rilevati attraverso le due operazioni sopra dettagliate, sono stornati nel conto "Crediti verso la Regione per spesa corrente": l'effetto contabile è la variazione dell'importo dei contributi di competenza di ciascuna Azienda.

Le scritture, effettuate rispettivamente dall'Asl 2, che vanta mobilità attiva, e dall'Asl 1, che matura mobilità passiva, saranno pertanto le seguenti:

1.02.03.02.01	Crediti v/Regione per spesa corrente	a	1.02.03.02.03	Crediti v/Regione per mobilità attiva da Asl-Ao intraregionale	
2.07.02.02.02	Debiti verso Regione per mobilità passiva intraregionale	a	1.02.03.02.01	Crediti v/Regione per spesa corrente	

In conclusione, a livello di azienda erogatrice (Asl2), si determina un credito v/Regione per finanziamento di parte corrente; a livello di Regione, l'operazione ha saldo zero, infatti quest'ultima a fronte di un debito v/Asl 2 erogatrice, ha in contropartita una diminuzione del debito v/Asl 1, per quota di FS Regionale.

In analogia all'esempio precedente, nel caso in cui la Casa di Cura X abbia effettuato anche prestazioni a cittadini non residenti nella Regione Siciliana, l'Asl 2 effettua la seguente scrittura:

1.02.03.02.05	Crediti v/Regione per mobilità attiva extrareg. da privato	a	4.02.01.04.01	Prestazioni di ricovero da priv. extrareg. in compensazione (mobilità attiva)	

4.6.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria: *Trattamento dei costi del SUES 118*

All'interno dei costi per acquisto di prestazioni di servizi sanitari, si rilevano le voci relative a "**Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria**" erogati dalle ASL, AO, Policlinici e IRCCS, ma non rendicontati attraverso i flussi ministeriali, afferenti al conto "5.02.01.15".

In particolare si sottolinea la particolarità della voce "*Acquisto prestazioni accessorie da Personale Medico ed Infermieristico delle Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione per attività svolte nel SUES 118"*.

Tale voce accoglie, per le Aziende Ospedaliere sede Centrale Operativa SUES 118, c.d. "Aziende Capofila" (Arnas Civico di Palermo -- Papardo di Messina -- S.Elia di Caltanissetta -- Cannizzaro di Catania), il costo relativo ai trasferimenti effettuati alle Aziende ricadenti nel proprio bacino d'utenza per le competenze da corrispondere al personale medico anestesista e infermieristico impegnato nel SUES 118 ("incentivazioni").

Pertanto, le Aziende Capofila rilevano a ricavo il contributo assegnato per la gestione della Centrale Operativa 118, fra i contributi per quota FS regionale vincolata (cfr § 4.1), e fra i costi dell'esercizio:

- il costo del personale delle altre Aziende (comprensivo di oneri sociali e IRAP):

5.02.01.15.01	Acquisto prestazioni accessorie da Personale Medico ed Infermieristico delle Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione per attività svolte nel SUES 118	a	2.07.04.xx.xx	Debiti v/aziende sanitarie pubbliche

- il costo del proprio personale impegnato nel SUES 118 (personale dedicato alla gestione della Centrale Operativa, ed infermieri e medici-rianimatori impegnati sui mezzi del 118 in regime di incentivazione) fra i **costi del personale**, a seconda del ruolo, con rilevazione separata dei correlati oneri sociali nel conto 5.05.01.01.08. La relativa quota di IRAP viene rilevata nel conto "9.01.01.01.02- *IRAP su compensi per SUES 118*".

5.05.01.01.07	Compensi per attività SUES 118	a	2.07.10.03.01	Debiti verso personale ruolo sanitario

- i costi diretti della Centrale Operativa, diversi dal personale (utenze, beni ecc.) sulla base della natura del costo.

Le Aziende non capofila rilevano a ricavo il valore dei trasferimenti effettuati dalle Capofila (cfr § 4.3) ed il costo del proprio personale impegnato nel SUES 118 fra i **costi del personale**, a seconda del ruolo, con rilevazione separata dei correlati oneri sociali nei sottoconti dedicati. La relativa quota di IRAP viene rilevata nel conto "9.01.01.01.02- *IRAP su compensi per SUES 118*".

4.7) Manutenzione e Riparazione

Con riferimento alla voce relativa alla manutenzione e riparazione ordinaria, si sottolinea la specificità del conto 5.03.06.01.00 "*Manutenzioni e riparazioni da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione*", che riguarda il costo sostenuto dall'azienda sanitaria per attività di manutenzione svolta, se esiste un contratto di manutenzione, da parte delle altre strutture sanitarie pubbliche.

4.8) Godimento beni di Terzi

Con riferimento alla voce relativa al Godimento beni di Terzi si sottolinea la specificità del conto 5.04.04.01.00 "*Godimento beni di terzi da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione*", che riguarda il costo sostenuto dall'azienda sanitaria, esclusivamente per tutti gli affitti e noleggi contratti con Asl-AO, Irccs e Policlinici della Regione.

Riguardano soprattutto affitti di locali di proprietà di altre aziende sanitarie pubbliche della Regione, nei quali viene svolta l'attività sanitaria o amministrativa dell'Azienda.

4.9) Costo del Personale

I conti relativi ai costi del Personale sono dettagliati per ruolo (sanitario, professionale, tecnico e amministrativo) e per dirigenza e comparto. All'interno di ciascuna categoria sono individuati sottoconti che rilevano il dettaglio degli emolumenti stipendiali, così come previsti

contrattualmente, nonché gli oneri sociali e l'accantonamento TFR. Inoltre all'interno di determinati ruoli sono individuati i sottoconti dedicati ad accogliere i compensi del personale dipendente impegnato nel SUES 118 ed i correlati oneri sociali (cfr § 4.6.2).
La serie di sottoconti prevista può non essere esaustiva al fine della rilevazione di tutte le fattispecie di costo, per tale ragione è facoltà dell'Azienda aggiungere ulteriori sottoconti per i dettagli informativi necessari o per la previsione di una voce residuale.

4.10) Accantonamenti tipici dell'esercizio

Con riferimento alla voce relativa agli accantonamenti tipici, è necessario evidenziare la componente del PdC: 5.14.03.00.00 "*Altri accantonamenti*" per quanto concerne i sottoconti relativi agli **accantonamenti per rinnovi contrattuali** (dirigenza medica, non medica e comparto). In tali sottoconti le Aziende sanitarie provvedono a inserire l'ammontare degli arretrati contrattuali, derivanti dai rinnovi contrattuali, che sono maturati nel periodo in cui vengono iscritti gli accantonamenti, per i quali non si è manifestata la variazione numeraria, in quanto verranno pagati negli esercizi successivi.

Il pagamento degli oneri contrattuali, verrà effettuato utilizzando il relativo fondo alimentato dagli accantonamenti.

A titolo esemplificativo si riportano le seguenti rilevazioni contabili:

- rilevazione anno "n":

5.14.03.03.01	Acc. Rinnovi contrattuali - dirigenza medica	a	2.05.03.01.03	Fondo rinnovi contrattuali – Personale dipendente

- successivamente, al pagamento dei rinnovi contrattuali nell'anno "n+1":

2.05.03.01.03	Fondo rinnovi contrattuali – Personale dipendente	a	1.02.12.01.01	Istituto tesoriere

5) Stato Patrimoniale

Per quanto riguarda la struttura del piano dei conti relativo all'SP, si fa presente, che ripropone nella sua articolazione le specificità evidenziate ed emerse nel CE.
Infatti, si rimanda alla premessa e all'analisi condotta per la struttura del CE, per meglio comprendere le peculiarità dello stesso.

Inoltre, in relazione alle finalità del documento, si evidenziano le caratteristiche delle specificità del Piano dei Conti, con l'individuazione per ciascun conto delle relative rilevazioni contabili, se non già rappresentate precedentemente.

Infine analogamente a quanto detto per i Conti del CE, si presenta l'analisi ad integrazione e rettifica, rispetto al contenuto della circolare 7 del 2005: "*Direttiva per la contabilità generale delle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana*".

5.1) Crediti v/Regione per spesa corrente

Con riferimento a tale conto, è necessario fare espressamente richiamo a quanto detto in premessa sulle nuove modalità di rilevazioni contabili, legate alla mobilità intraregionale ed extraregionale. Per tale ragione il conto dei crediti verso la regione è suddiviso nei seguenti sottoconti:

1.02.03.02.01 *Crediti v/ Regione per spesa corrente;*
1.02.03.02.02 *Crediti v/Regione per acconti su spesa corrente;*
1.02.03.02.03 *Crediti v/ Regione per mobilità attiva da Asl-Ao intraregionale;*
1.02.03.02.04 *Crediti v/ Regione per mobilità attiva da Asl-Ao extraregione;*
1.02.03.02.05 *Crediti v/ Regione per mobilità attiva extraregionale da privato.*

Il sottoconto 1.02.03.02.01 "*Crediti v/regione per spesa corrente*", viene alimentato dalle **ASL** a seguito dell'assegnazione da parte della Regione della quota FS regionale indistinta e vincolata, nonché per gli altri contributi extra FS; mentre per le **A.O**. i **Policlinici** e gli **IRCCS,**

viene alimentato per le funzioni non tariffate e altri contributi vincolati (per le rilevazioni contabili si rimanda all'analisi della struttura del CE).

Il sottoconto 1.02.03.02.02 "*Crediti v/Regione per acconti su spesa corrente*", viene alimentato dalle **ASL, A.O**. **Policlinici** e dagli **IRCCS** nel caso di incasso di rimessa regionale, prima dell'assegnazione della quota di FS regionale o extra FS o nel caso di anticipo (**A.O**. **Policlinici** e **IRCCS)** per le prestazioni sanitarie prodotte (cfr § 3).

Il sottoconto: 1.02.03.02.03 "*Crediti v/ Regione per mobilità attiva da Asl-Ao intraregionale*" viene alimentato dalle **ASL**, **AO**, **Policlinici** e **IRCCS** che vantano un credito verso la Regione per l'erogazione di prestazioni sanitarie (flussi A,B,C,D,E,F,G) ad assistiti residenti nella regione di appartenenza ma non nel territorio di competenza (mobilità interna).
Questa voce deve essere alimentata periodicamente dall'Azienda solo su specifica indicazione della Regione (cfr § 4.2.1).

Il sottoconto: 1.02.03.02.04 "*Crediti v/ Regione per mobilità attiva da Asl-Ao extraregione*" viene alimentato dalle **ASL**, **AO**, **Policlinici** e **IRCCS** che vantano un credito verso la Regione per l'erogazione di prestazioni sanitarie (flussi A,B,C,D,E,F,G) ad assistiti non residenti nella regione di appartenenza.
Questa voce deve essere alimentata periodicamente dall'Azienda solo su specifica indicazione della Regione (cfr § 4.2.1).

Il sottoconto: 1.02.03.02.05 "*Crediti v/ Regione per mobilità attiva extraregionale da privato*" viene alimentato dai crediti che le **Asl** vantano nei confronti dei privati per gli anticipi sulla mobilità attiva extraregione loro spettanti.
Tale voce deve essere alimentata periodicamente dall'Azienda solo su specifica indicazione della Regione(cfr § 4.2.1).

5.2) Crediti v/Regione per versamenti a Patrimonio Netto

Con riferimento a tale conto, si segnala l'allocazione, sulla base delle indicazioni del nuovo modello SP, nell'Attivo circolante invece che nell'Attivo immobilizzato, come disposto dalla Circolare Inter-assessoriale Sanità/Bilancio n°7 del 4 aprile 2005.

Il conto in questione si compone dei seguenti sottoconti:

- 1.02.03.03.01 "*Crediti v/Regione per finanziamenti per investimenti*", accoglie il credito verso la Regione per i finanziamenti ottenuti per gli investimenti;

- 1.02.03.03.02 "*Crediti v/Regione per aumento fondo dotazione"*, accoglie il credito verso la Regione per contributi destinati al ripiano di perdite generate dalle gestioni precedenti l'avvio della contabilità economico-patrimoniale (solo dopo l'approvazione dell'Assessorato regionale per la Sanità);

- 1.02.03.03.03 "*Crediti v/Regione per ripiano perdite"*, accoglie il credito verso la Regione per contributi destinati al ripiano di perdite generate da gestioni successive all'avvio della contabilità economico patrimoniale;

- 1.02.03.03.04 "*Crediti v/Regione per copertura debiti al 31/12/2005"*, da valorizzare a seguito della procedura di ricognizione dei debiti prevista dal Piano di Rientro:

5.3) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche

In questa voce confluiscono i crediti nei confronti delle Aziende sanitarie pubbliche per le prestazioni sanitarie non incluse nei flussi nazionali e per le prestazioni non sanitarie erogate tra le suddette Aziende.

Nello specifico si suddividono nei seguenti conti:

1.02.05.01.00 *Crediti verso Aziende USL della Regione*

1.02.05.02.00 *Crediti verso A.O. della Regione*

1.02.05.03.00 *Crediti verso IRCCS, Policlinici della Regione*

1.02.05.04.00 *Crediti v/aziende sanitarie pubbliche fuori regione (mobilità pubblica non in compensazione).*

All'interno dei conti da 1.02.05.01.00 a 1.02.05.03.00, è previsto il sottoconto, distinto per ciascuna tipologia di Azienda Sanitaria, che individua i *crediti v/Aziende sanitarie per mobilità intraregionale* (1.02.05.01.10, 1.02.05.02.18, 1.02.05.03.05). Si tratta di sottoconti che vengono alimentati solo su specifica e preventiva disposizione Regionale.

Il sottoconto 1.02.05.04.00 "*Crediti v/aziende sanitarie pubbliche fuori regione (mobilità pubblica non in compensazione)"* viene alimentato dalle Aziende sanitarie pubbliche per i crediti

maturati verso Aziende Sanitarie pubbliche fuori Regione Sicilia, per prestazioni regolate tramite fatturazione attiva.

5.4) Finanziamenti per Investimenti

Con riferimento alla voce dei finanziamenti per investimenti, si evidenzia la necessità di suddividere il conto relativo ai contributi in conto capitale: "2.04.01.01.00 *Contributi in c/capitale da Stato /Regione"*, in relazione all'anno di assegnazione. Nello specifico i contributi per finanziamenti devono essere suddivisi in appositi sottoconti, in relazione al valore ancora esistente e non sterilizzato, per anno di assegnazione.

5.5) Debiti v/Regione

Con riferimento a tale conto, è necessario fare espressamente richiamo a quanto detto in premessa sulle nuove modalità di rilevazioni contabili, legate alla mobilità intraregionale ed extraregionale. Per tale ragione il conto dei Debiti v/Regione è suddiviso nei seguenti sottoconti:

2.07.02.02.01 *Debiti v/Regione per finanziamenti*
2.07.02.02.02 *Debiti v/Regione per mobilità passiva intraregione*
2.07.02.02.03 *Debiti v/Regione per mobilità passiva extraregione*
2.07.02.02.04 *Debiti v/Regione per acconti su spesa corrente*
2.07.02.02.05 *Altri debiti v/Regione*

Il sottoconto:" 2.07.02.02.01 *Debiti v/Regione per finanziamenti*" viene alimentato dalle Aziende sanitarie pubbliche solo su specifica indicazione della Regione.

Il sottoconto: "2.07.02.02.02 *Debiti v/Regione per mobilità passiva intraregione*" viene alimentato dalle **ASL**, che hanno un debito verso la Regione a fronte della erogazione, da parte di strutture residenti nella medesima Regione ma non nel territorio di competenza dell'Asl, di prestazioni sanitarie (flussi A,B,C,D,E,F,G, e flusso Regionale M) ad assistiti residenti nel territorio di competenza delle Asl (mobilità interna).

Questa voce deve essere alimentata periodicamente dall'Azienda solo su specifica indicazione della Regione (cfr § 4.6.1).

Il sottoconto: "2.07.02.02.03 *Debiti v/Regione per mobilità passiva extraregione*" viene alimentato dalle **ASL**, che hanno un debito verso la Regione per l'erogazione di prestazioni sanitarie (flussi A,B,C,D,E,F,G) a propri assistiti effettuate da strutture non residenti nella Regione di appartenenza dell'assistito.
Questa voce deve essere alimentata periodicamente dall'Azienda solo su specifica indicazione della Regione (cfr § 4.6.1).

Il sottoconto: "2.07.02.02.04 *Debiti v/Regione per acconti su spesa corrente*" viene alimentato dalle aziende sanitarie nel caso di acconti erogati dalla Regione per spesa corrente (cfr § 3).

5.6) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche

In questa voce confluiscono i debiti nei confronti delle aziende sanitarie pubbliche per le prestazioni sanitarie non incluse nei flussi nazionali e per le prestazioni non sanitarie erogate tra le Aziende.

Nello specifico si suddividono nei seguenti conti:

2.07.04.01.00 *Debiti verso Aziende USL della Regione*

2.07.04.02.00 *Debiti verso A.O. della Regione*

2.07.04.03.00 *Debiti verso IRCCS e Policlinici*

2.07.04.04.00 *Debiti v/aziende sanitarie pubbliche fuori regione (mobilità pubblica non in compensazione).*

All'interno dei conti da 2.07.04.01.00 a 2.07.04.03.00, è previsto il sottoconto, distinto per ciascuna tipologia di Azienda, che individua i "*Debiti v/Aziende sanitarie per mobilità passiva intraregionale*" (2.07.04.01.10, 2.07.04.02.18, 2.07.04.03.5). Si tratta di sottoconti che vengono alimentati solo su specifica e preventiva disposizione Regionale.

Il sottoconto: 2.07.04.04.00 "*Debiti v/aziende sanitarie pubbliche fuori regione (mobilità pubblica non in compensazione)"* viene alimentato dalle Aziende sanitarie pubbliche per i debiti nei confronti di altre Aziende Sanitarie pubbliche fuori Regione Sicilia, per prestazioni regolate tramite fatturazione.