



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Karin Alexandra Salzmann

# REKOLE<sup>®</sup>

## Direttive per la certificazione

versione 3.1





DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Karin Alexandra Salzmann

# REKOLE<sup>®</sup>

Direttive per la certificazione

versione 3.1

© H+ Gli Ospedali Svizzeri  
Direzione  
Lorrainestrasse 4 A  
3013 Berna

Stato: maggio 2023

Stampa e allestimento: AST & FISCHER AG, 3084 Wabern

## Indice

<b>Premessa</b>	<b>7</b>
<b>Ringraziamenti</b>	<b>8</b>
<b>1 Disposizioni generali</b>	<b>10</b>
1.1 Ambiti di applicazione . . . . .	10
1.2 Emanazione e modifiche . . . . .	10
1.3 Direttive per l'emissione del certificato . . . . .	10
1.4 Criteri di qualità . . . . .	11
1.5 Gestione della certificazione . . . . .	11
1.6 Diritti di proprietà . . . . .	11
1.7 Periodo di validità . . . . .	11
1.8 Trasparenza . . . . .	11
1.9 Direttive per la comunicazione e la validità . . . . .	12
1.10 Istituzione preposta all'audit . . . . .	12
1.11 Scelta di un auditor . . . . .	12
1.12 Contenuto dell'audit di certificazione . . . . .	13
<b>2 Disposizioni concernenti la gestione del registro</b>	<b>15</b>
2.1 Disposizioni generali . . . . .	15
2.2 Consenso all'iscrizione . . . . .	15
2.3 Contenuto del registro . . . . .	15
2.4 Numero di registro . . . . .	15
2.5 Nuova iscrizione . . . . .	15
2.6 Mutazioni . . . . .	15
2.7 Cancellazione di un'iscrizione . . . . .	15
2.8 Mancato rinnovo del periodo di validità . . . . .	16
2.9 La procedura di certificazione rappresentata in 8 passi . . . . .	16
<b>3 Disposizioni concernenti lo svolgimento della procedura</b>	<b>17</b>
3.1 Requisiti generali . . . . .	17
3.2 Requisiti relativi alla documentazione . . . . .	18
3.3 Responsabilità della direzione . . . . .	19
3.4 La gestione delle risorse . . . . .	20
3.5 Misurazione, analisi e miglioramento . . . . .	21
<b>4 Glossario</b>	<b>22</b>

## Premessa

Con le direttive per la certificazione è stato sviluppato un sistema di certificazione per la contabilità analitica degli ospedali che accerta la conformità della contabilità analitica con le direttive REKOLE® e serve quale marchio di certificazione per la corretta applicazione di REKOLE® e dell'OCPre. L'obiettivo è quello di confermare l'elevata affidabilità dei dati relativi ai costi e di facilitare così il benchmarking tra gli ospedali, sostenendo in generale l'applicazione di REKOLE® nel settore.

Le direttive per la certificazione, assieme al manuale REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale, al manuale per la presentazione dei conti negli ospedali e nelle cliniche – Swiss GAAP FER, le direttive di contabilizzazione e all'opuscolo sull'imposta sul valore aggiunto, costituiscono la cosiddetta casa della contabilità e del controlling.

Le direttive per la certificazione sono state concepite dalla pratica per la pratica, dato che i membri di H+ ne hanno esaminato la praticabilità, hanno formulato e apportato le proprie proposte di miglioramento. Esperti provenienti da ospedali e ulteriori istituzioni del sistema sanitario hanno messo a disposizione le proprie conoscenze specialistiche e reso possibile, con il loro impegno, l'emanazione delle presenti direttive per la certificazione. A loro vadano i miei cordiali ringraziamenti. La responsabile del progetto di H+, Karin Alexandra Salzmännli, merita un ringraziamento particolare per la conduzione mirata del progetto direttive per la certificazione e del gruppo di progetto.

Berna, luglio 2014

### **Pascal Besson**

Membro della Direzione

Responsabile del progetto REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale

H+ Gli Ospedali Svizzeri

## Ringraziamenti

Desidero cogliere l'occasione per ringraziare per la disponibilità a collaborare e gli apporti specialistici tutti coloro che hanno sostenuto il progetto in qualsiasi forma.

Sono impressionata dalle prestazioni fornite dalle persone che hanno partecipato all'elaborazione delle direttive per la certificazione nell'ambito del progetto e della Commissione di specialisti Contabilità in ospedale (REK). La perseveranza con cui queste persone hanno insistito, dal 2003, sulla necessità di disporre di direttive per la certificazione, così come le loro conoscenze professionali ed esperienze quotidiane con REKOLE®, hanno permesso di allestire le direttive per la certificazione quale complemento del manuale REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale.

Un ringraziamento particolare va alla società KPMG per il sostegno professionale fornitoci lungo tutta la durata del progetto. La loro disponibilità a occuparsi dell'argomento è stata esemplare.

Ringrazio il mio datore di lavoro e mandante, H+ Gli Ospedali Svizzeri, per la fiducia e il sostegno durante questo periodo.

Ringrazio pure i traduttori, i lettori, i correttori come pure il team di stampa.

Berna, luglio 2014

### **Karin Alexandra Salzmänn**

Responsabile di progetto Contabilità  
H+ Gli Ospedali Svizzeri

Di seguito l'elenco di tutte le persone che hanno fornito il loro contributo alle direttive per la certificazione REKOLE®.

#### **Commissione di specialisti Contabilità in ospedale (REK)**

Pascal Aregger	Hirslanden, ZH
Joseph Barthoulot	Consultant HNE, NE
Pascal Besson	H+ Gli Ospedali Svizzeri, BE (presidente)
Gian-Franco Bozzini	Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, TI
Stephan Fischer	Kantonsspital Aarau, AG
Sandra Löpfle	Reha Rheinfelden, AG
Ruth Meier	Kantonsspital Winterthur, ZH
Beda Meyer	Psychiatrische Dienste Graubünden, Chur, GR
Guy Moser	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, VD
Pierre Perritaz	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg, FR
Thomas Rösli	RehaClinic, AG/GL
Thomas Roth	Spital STS AG, BE
Karin Alexandra Salzmänn	H+ Gli Ospedali Svizzeri, BE
Markus Scherer	Universitätsspital Basel, BS
Jürg Wägli	Berner Reha Zentrum, BE
Niklaus Weiss	St. Claraspital Basel, BS
Thomas Werlen	Hôpital du Valais, VS

#### **Membri del progetto REKOLE® – Direttive per la certificazione**

Sandra Löpfle	Reha Rheinfelden, AG
Martin Gerber	Universitätsspital Basel, BS
Jürg Wägli	Berner Reha Zentrum, BE

**Istituzioni pilota REKOLE® – Direttive per la certificazione**

Psychiatrische Dienste Graubünden, Chur, GR  
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, Heiden, AR  
Reha Rheinfelden, Rheinfelden, AG  
Spital STS AG, Thun, BE

**Comitato consultivo di specialisti**

KPMG AG, ZH

**Traduttori e ditte di traduzioni**

Claudia Radczuweit                      CRT traduzioni, TI  
Rolf Lüthi Übersetzungen AG    Rolf Lüthi Übersetzungen AG, BE

**Rilettura e traduzione**

Gian-Franco Bozzini (italiano)    Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, TI  
Pascal Besson (francese)            H+ Gli Ospedali Svizzeri, BE

**Stampa e allestimento**

AST & FISCHER AG                      AST & FISCHER AG, BE

## 1 Disposizioni generali

### 1.1 Ambiti di applicazione

Le presenti direttive per la certificazione si basano sul manuale REKOLE®–Contabilità analitica nell'ospedale. Esse offrono agli ospedali e alle organizzazioni una soluzione per la certificazione chiara, uniforme e aderente alla realtà. Le direttive per la certificazione sono strutturate in modo tale da poter essere impiegate da tutti gli ospedali (che siano finanziati da enti pubblici o privati), negli ambiti seguenti:

- Somatica acuta
- Riabilitazione
- Psichiatria
- Cura di pazienti lungodegenti

che hanno introdotto REKOLE®–Contabilità analitica nell'ospedale e che desiderano far attestare l'applicazione secondo le direttive per la certificazione prestabilite.

L'obiettivo della certificazione è quello di confermare l'elevata affidabilità dei dati relativi ai costi, facilitando così il benchmarking tra gli ospedali e sostenendo in generale l'applicazione di REKOLE® nel settore.

### 1.2 Emanazione e modifiche

H+ Gli Ospedali Svizzeri (di seguito «H+») è responsabile dell'emanazione e delle modifiche delle presenti direttive per la certificazione. Le modifiche delle direttive per la certificazione devono essere esaminate e approvate da parte di H+.

### 1.3 Direttive per l'emissione del certificato

La verifica e la proposta di emissione della certificazione avvengono ad opera di un organismo di controllo accreditato da H+ e sulla base delle direttive per la certificazione allestite da H+ e del rapporto di audit dell'organismo di controllo.

La certificazione viene attestata mediante un certificato. Quest'ultimo è emesso esclusivamente da H+ e contiene almeno gli elementi seguenti:

- il marchio di qualità REKOLE,
- il nome dell'ospedale o dell'istituzione certificato / a,
- il campo di applicazione certificato, il settore di attività,
- il nome del certificato o un attestato di conformità alle direttive per la certificazione e l'intenzione dichiarata dei dirigenti responsabili di controllare regolarmente l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia dell'applicazione di REKOLE®,
- la data di emissione,
- la data di scadenza,
- un numero di registro individuale,
- la doppia firma dell'autorità di certificazione.



## 1.4 Criteri di qualità

Il certificato attesta che:

- le prescrizioni secondo il manuale REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale sono applicate in modo conforme, in particolare che:
  - la contabilità delle delimitazioni e il ponte di sintonizzazione corrispondono alle prescrizioni;
  - le delimitazioni sono corrette;
  - il piano contabile per voci di costo corrisponde alla struttura del piano contabile per voci di costo di H+;
  - le regole di contabilizzazione e l'attribuzione dei costi diretti e indiretti secondo i criteri del manuale sono corrette;
  - la contabilità delle immobilizzazioni è tenuta secondo le prescrizioni REKOLE® e dell'OCPre;
  - il piano dei centri di costo è applicato secondo il livello di armonizzazione svizzero;
  - l'unità finale d'imputazione corrisponde alla definizione del caso amministrativo;
  - le regole applicabili al caso amministrativo sono applicate correttamente;
  - il rilevamento delle prestazioni corrisponde alle prescrizioni REKOLE®.

## 1.5 Gestione della certificazione

Il certificato è gestito da H+.

## 1.6 Diritti di proprietà

Il marchio di qualità REKOLE® è un marchio registrato presso l'Istituto federale della proprietà intellettuale. H+ ne detiene i diritti esclusivi di proprietà.

## 1.7 Periodo di validità

Il periodo di validità del certificato è di 4 anni a partire dall'avvenuta certificazione. Il certificato può in seguito essere prorogato per ulteriori di 4 anni a condizione che sia stata effettuata con successo una ricertificazione. Data determinante per la proroga è la data di scadenza della certificazione. La certificazione si prolunga di volta in volta per ulteriori 4 anni dal giorno seguente all'ultimo giorno di validità. In occasione della ricertificazione viene **inoltre** verificato se sono state effettuate le correzioni, se sono stati svolti gli audit interni annuali e quali cambiamenti sono stati messi in atto dall'ultimo controllo.

La data limite entro cui occorre aver effettuato l'audit per la ricertificazione è la data di scadenza della certificazione meno 6 mesi. L'audit per la ricertificazione può avvenire al più presto 1 mese prima della data limite di cui sopra. Spetta agli ospedali / alle cliniche prendere contatto per tempo con l'organismo di controllo.

## 1.8 Trasparenza

Le direttive per la certificazione sono ottenibili presso H+ dietro versamento di una tassa.

Ogni certificato emesso è corredato da un numero individuale di registro. Il registro di H+, accessibile su Internet, consente all'opinione pubblica di informarsi sugli ospedali e le organizzazioni che hanno ottenuto la certificazione.

## 1.9 Direttive per la comunicazione e la validità

Per prevenire un utilizzo abusivo o dannoso all'immagine occorre osservare le seguenti direttive concernenti la comunicazione e la validità:

- H+ emette il certificato sulla base del rapporto di audit che conferma il rispetto delle direttive per la certificazione.
- H+ ha il diritto di revocare il certificato in ogni momento in caso di infrazione alle presenti disposizioni e ai criteri per l'emissione del certificato, come pure alle direttive per la comunicazione e la validità.
- L'utente s'impegna a non più utilizzare il certificato in caso di divieto di utilizzo o dopo la scadenza del periodo di validità.
- L'ambito di validità del certificato si limita all'ambito dell'utente oggetto della certificazione.
- Nella comunicazione aziendale (carta da lettere, rapporti annuali, materiale pubblicitario, fatture, sito internet e altro) il certificato può essere impiegato unicamente in combinazione con la ragione sociale dell'utente.
- Non sono ammesse modifiche al certificato per quanto riguarda le caratteristiche del testo e della struttura, il colore, né sono ammessi cambiamenti quali l'incorniciatura o la distorsione.

### 1.10 Istituzione preposta all'audit

L'audit necessario viene effettuato da un organismo di controllo accreditato da H+. Sul sito Internet di H+ ([www.hplus.ch](http://www.hplus.ch)) è possibile consultare l'elenco degli organismi di controllo accreditati.

### 1.11 Scelta di un auditor

La qualifica degli auditor è il requisito più importante per il successo degli audit. I buoni auditor non giudicano solamente se e come sono stati applicati i requisiti normativi, ma piuttosto l'effetto che risulta dall'applicazione: essi verificano cioè la corretta applicazione della contabilità analitica secondo le direttive REKOLE® e l'efficacia dell'applicazione stessa. Oltre a solide conoscenze specifiche, gli auditor dispongono di conoscenze a livello di sistemi di management in sanità. Gli auditor dispongono inoltre delle seguenti competenze, contenute anche nella Norma ISO 19011:

- conoscenze specialistiche
- capacità visionaria di pensiero e di sviluppo
- capacità di osservazione e pensiero analitico
- propensione alle decisioni / capacità di imporsi
- propensione all'innovazione
- conoscenza delle leggi e delle norme
- competenza dirigenziale
- competenza comunicativa
- rapidità di comprensione.

Con riferimento alla norma ISO 1702, da un auditor ci si attende inoltre che adempia ai seguenti criteri:

- indipendenza / imparzialità: separazione tra audit REKOLE® e consulenza REKOLE®.
- oggettività / imparzialità: la gestione dell'auditor non deve polarizzare né l'auditor deve trovarsi in una posizione di dipendenza rispetto al cliente.
- obbligo di confidenzialità per quanto riguarda le informazioni e i dati acquisiti nell'ambito dell'audit.
- procedura per eventuali reclami od obiezioni relativi a decisioni o documenti di certificazione (contenuti ed evidenze vanno archiviati).

- abbia la copertura, e lo provi, per responsabilità giuridica/civile in caso di «danno da audit»/attestazione dell'esistenza di una copertura assicurativa.

Gli auditor devono inoltre adempiere alle condizioni per l'abilitazione poste ai periti revisori ai sensi dell'articolo 4 della Legge federale sull'abilitazione e la sorveglianza dei revisori.

#### **Art. 4 Condizioni per l'abilitazione dei periti revisori**

<sup>1</sup> Una persona fisica è abilitata a esercitare la funzione di perito revisore se adempie i requisiti in materia di formazione e di esperienza professionale ed è incensurata.

<sup>2</sup> Adempiono i requisiti in materia di formazione e di esperienza professionale:

- a. gli esperti contabili diplomati federali;
- b. gli esperti fiduciari e gli esperti fiscali diplomati federali e gli esperti diplomati in finanza e controlling con un'esperienza professionale di almeno cinque anni;
- c. le persone titolari di un diploma in economia aziendale, in scienze economiche o in diritto rilasciato da un'università o da una scuola universitaria professionale svizzera, gli specialisti in finanza e contabilità con attestato professionale federale, nonché i fiduciari con attestato professionale federale con un'esperienza professionale di almeno 12 anni;
- d. le persone che hanno conseguito un titolo di studio estero paragonabile a quelli di cui alla lettera a, b o c, che dispongono dell'esperienza professionale corrispondente e dimostrano di possedere le necessarie conoscenze del diritto svizzero, a condizione che lo preveda un trattato internazionale concluso con lo Stato di provenienza o che quest'ultimo accordi la reciprocità.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale può ammettere altri cicli di formazione equivalenti e determinare la durata dell'esperienza professionale necessaria.

<sup>4</sup> L'esperienza professionale deve essere stata acquisita prevalentemente nel campo della contabilità e della revisione dei conti, almeno per due terzi sotto la sorveglianza di un perito revisore abilitato o di un esperto straniero con qualifica paragonabile. L'esperienza professionale maturata durante la formazione è tenuta in considerazione se tali condizioni sono soddisfatte.

## **1.12 Contenuto dell'audit di certificazione**

Nell'ambito dell'audit di certificazione vengono esaminate, con l'ausilio di interviste, campioni ecc., l'attuazione e la corretta applicazione delle direttive per la certificazione e di REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale. L'ospedale s'impegna ad esporre apertamente, alla società che effettua la verifica, la documentazione e le informazioni necessarie.

Durante la certificazione si confrontano i risultati contenuti nel rapporto di audit (situazione effettiva) e le prescrizioni (situazione pianificata) delle direttive per la certificazione e di REKOLE®, con il cosiddetto livello di armonizzazione (livello obbligatorio). Se le prescrizioni sono soddisfatte, la certificazione può avere luogo. In caso di scostamenti dalle prescrizioni vengono stabiliti dei correttivi da realizzare entro 6 mesi. Il rapporto di audit ha la seguente struttura:

- Numero di audit
- Periodo di riferimento per l'audit
- Tipo di audit
- Perimetro dell'audit
- Basi dell'audit
- Elenco dei destinatari
- Indicazioni relative all'istituzione
- Riassunto dell'audit
- Conclusioni generali
- Punti deboli/scostamenti
- Suggerimenti degli auditori/potenziale di miglioramento
- Raggiungimento degli obiettivi/valutazione dell'audit
- Risultato dell'audit in sintesi
- Raccomandazioni all'ufficio di certificazione

### **1.12.1 Tempistica della certificazione e durata minima per i dati della contabilità analitica**

L'audit di certificazione può essere effettuato indipendentemente dalla revisione annuale ordinaria della chiusura di contabilità finanziaria. Al momento dell'audit di certificazione i parametri per la contabilità analitica secondo REKOLE® non possono essere più datati di 12 mesi.

Per un audit di certificazione i dati della contabilità analitica idealmente dovrebbero riferirsi a un anno contabile intero. Come minimo però dovrebbero riferirsi a un periodo di sei mesi in caso di prima certificazione e a un periodo di tre mesi in caso di ricertificazione.

### **1.12.2 Ricertificazione**

Una ricertificazione deve essere effettuata prima della scadenza del periodo di validità; in caso contrario l'iscrizione dell'ospedale o dell'organizzazione corrispondente viene cancellata (cfr. Capitolo 2.8 Mancato rinnovo del periodo di validità). Una ricertificazione è inoltre necessaria in caso di modifiche dello statuto giuridico e della forma organizzativa, della situazione economica o dei rapporti di proprietà dell'istituzione certificata, nella misura in cui ciò è legato ad es. ad un cambiamento del sistema o ad un cambiamento / migrazione dell'intero centro dati. La ri-certificazione è necessaria anche nel caso in cui l'istituzione decida di cambiare il proprio sistema informatico di gestione, finanziario, di contabilità dei costi e/o di registrazione delle prestazioni. In tal caso occorre informare immediatamente l'organismo di controllo. Modifiche sostanziali delle disposizioni concernenti lo svolgimento della procedura, come pure del contenuto delle presenti direttive per la certificazione, rendono necessaria una ricertificazione. Un'integrazione di ulteriori decisioni REK non viene considerata come modifica sostanziale delle direttive per la certificazione.

## 2 Disposizioni concernenti la gestione del registro

### 2.1 Disposizioni generali

Nel registro delle certificazioni sono iscritti tutti gli ospedali e le istituzioni che hanno ottenuto la certificazione. Il registro delle certificazioni è accessibile al pubblico all'indirizzo [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch). H+ si occupa della gestione del registro delle certificazioni.

### 2.2 Consenso all'iscrizione

Gli ospedali che richiedono la certificazione secondo REKOLE® acconsentono alla pubblicazione dei dati e delle informazioni indicati al capitolo 2.3 Contenuto del registro. Non è prevista la possibilità di ottenere la certificazione senza l'iscrizione completa nel registro.

### 2.3 Contenuto del registro

Nel registro delle certificazioni vengono pubblicate le seguenti informazioni:

- numero individuale di registro dell'ospedale o dell'istituzione certificato/a,
- nome e indirizzo dell'ospedale,
- data della certificazione,
- periodo di validità della certificazione.

### 2.4 Numero di registro

Ogni ospedale certificato ottiene un numero individuale.

### 2.5 Nuova iscrizione

Per ottenere una nuova iscrizione nel registro occorre disporre di un rapporto positivo di audit. Al momento in cui un ospedale ottiene la certificazione, H+ effettua la sua iscrizione nel registro.

### 2.6 Mutazioni

Le mutazioni nell'ambito di un'iscrizione nel registro possono essere effettuate unicamente dall'amministratore del sito Internet autorizzato da H+. Ad eccezione della modifica del nome dell'ospedale pubblicato ufficialmente, non sono ammesse mutazioni senza il consenso di H+.

Se il periodo di validità viene prolungato ai sensi delle presenti disposizioni, l'iscrizione nel registro sarà adattata a ricertificazione avvenuta.

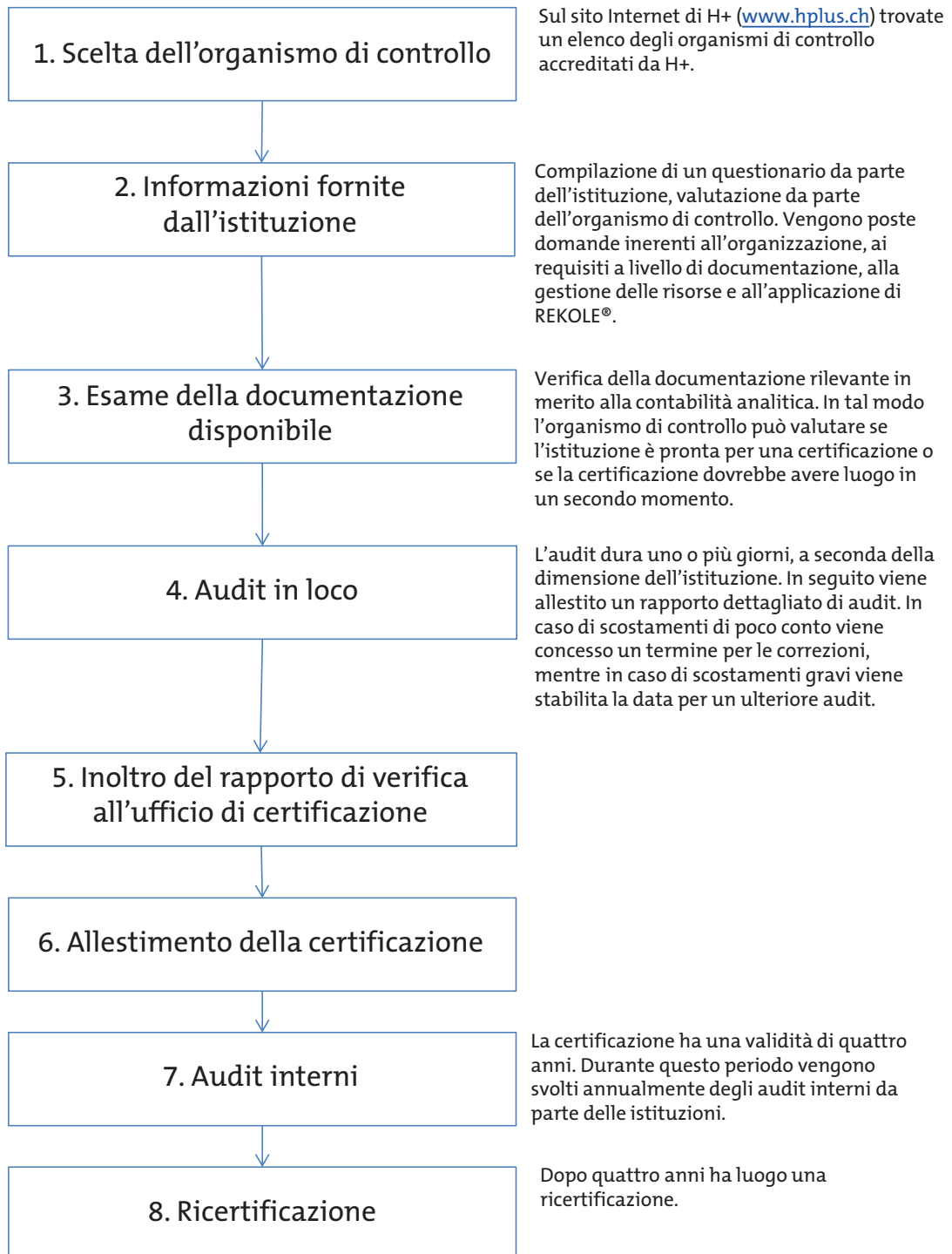
### 2.7 Cancellazione di un'iscrizione

Se un ospedale o un'istituzione certificato/a chiede la cancellazione dal registro, si estingue pure automaticamente la validità della certificazione. In caso di violazione delle presenti direttive H+ è autorizzata a cancellare l'iscrizione dell'ospedale o dell'istituzione previo ammonimento e, dunque, a revocare la certificazione.

## 2.8 Mancato rinnovo del periodo di validità

Se prima della scadenza del periodo di validità non avviene la ricertificazione, l'iscrizione dell'ospedale o dell'organizzazione corrispondente viene cancellata.

## 2.9 La procedura di certificazione rappresentata in 8 passi



## 3 Disposizioni concernenti lo svolgimento della procedura

### 3.1 Requisiti generali

L'ospedale o l'istituzione sono tenuti ad adottare, attuare, applicare, sorvegliare, controllare, mantenere e migliorare una contabilità analitica documentata secondo REKOLE®, nel contesto delle proprie attività aziendali generali e delle non conformità e dei rischi che affronta.

#### 3.1.1 Adozione della contabilità analitica nell'ospedale secondo REKOLE®

Adottando la contabilità analitica nell'ospedale o dell'istituzione secondo REKOLE®, i dirigenti responsabili decidono di ottemperare alle prescrizioni di H+ per la contabilità analitica e di applicare le relative disposizioni all'interno delle proprie strutture.

#### 3.1.2 Attuazione e applicazione della contabilità analitica nell'ospedale secondo REKOLE®

L'attuazione e l'applicazione della contabilità analitica nell'ospedale secondo REKOLE® comportano un importante investimento iniziale. Oltre alle risorse di personale, gestionali e finanziarie, l'attuazione e l'applicazione richiedono conoscenze approfondite della struttura organizzativa. Devono inoltre essere note la sequenza e l'efficacia dei processi legati alla contabilità analitica.

#### 3.1.3 Sorvegliare e verificare la contabilità analitica nell'ospedale secondo REKOLE®

Dopo la sua introduzione, l'utilizzo di REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale richiede una sorveglianza ed una verifica continue. Occorre in particolare verificare in modo permanente l'aggiornamento e la completezza delle voci di costo, dei centri di costo, delle chiavi di ripartizione e imputazione dei costi, delle unità di riferimento e delle unità finali d'imputazione.

#### 3.1.4 Mantenere e migliorare l'attuazione di REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale

Una contabilità analitica significativa deve essere sottoposta ad un processo continuo di ottimizzazione e miglioramento. I potenziali di miglioramento identificati nella fase di sorveglianza e di verifica vanno integrati rapidamente e integralmente, in accordo con l'istituzione. Per tale norma il processo applicato si basa sul modello PDCA secondo W. Edwards Deming (Plan-Do-Check-Action).

Occorre attribuire particolare importanza alla documentazione e alla registrazione (cfr. capitolo 3.2 Requisiti relativi alla documentazione).

## 3.2 Requisiti relativi alla documentazione

La documentazione comprende flow-charts, rapporti, diagrammi funzionali, ecc. incluse le registrazioni concernenti le decisioni di livello dirigenziale. In tale ambito occorre assicurarsi che le attività possano essere ricondotte alle decisioni prese a livello dirigenziale e ai principi e che i risultati registrati siano riproducibili.

### 3.2.1 Gestione dei documenti

Per gestione dei documenti s'intende l'allestimento, l'approvazione, la distribuzione, la modifica, la conservazione e, dopo la scadenza della validità, il ritiro e la distruzione unitaria e ricostruibile di documenti, con l'obiettivo di:

- esaminare l'adeguatezza dei documenti prima della loro messa in circolazione,
- approvarli, valutarli e aggiornarli,
- assicurarsi che le modifiche vengano contrassegnate,
- assicurarsi che la versione in vigore sia disponibile nel luogo appropriato,
- assicurarsi che permangano leggibili e riconoscibili,
- assicurarsi che i documenti esterni vengano contrassegnati e la distribuzione controllata,
- evitare che vengano utilizzati documenti obsoleti.

La gestione dei documenti dovrebbe essere orientata

- alla dimensione, al tipo e alla complessità dell'ospedale
- alla reale pratica ospedaliera e
- alle capacità del personale.

**La gestione deve essere assicurata.** È indifferente quale sia il supporto utilizzato per la documentazione.

### 3.2.2 Gestione delle registrazioni

Le registrazioni hanno la funzione di comprovare la conformità dei processi del reparto con le direttive della direzione.

Affinché tutte le registrazioni possano essere rintracciate e classificate rapidamente, consigliamo di attenersi alle seguenti regole di denominazione:

- Titolo
- Argomento
- Autore
- Data
- Percorso del luogo di archiviazione a piè di pagina

Le registrazioni vengono archiviate almeno fino all'audit successivo. In occasione degli audit interni annuali viene tra l'altro esaminata l'efficacia della gestione delle registrazioni e si prende atto delle proposte di miglioramento da parte dei collaboratori.



### 3.3 Responsabilità della direzione

La chiara ripartizione delle responsabilità e delle competenze costituisce una caratteristica di qualità anche nell'attuazione e nell'applicazione di REKOLE®. Occorre garantire che il processo e gli obiettivi dell'applicazione di REKOLE®, compreso il miglioramento continuo, siano fissati all'interno dell'istituzione.

#### 3.3.1 Obblighi da parte dei dirigenti responsabili

- I dirigenti responsabili assicurano che il processo di applicazione di REKOLE® venga pianificato, elaborato, applicato, mantenuto e continuamente migliorato in accordo con la politica contabile dell'istituzione.
- I dirigenti responsabili devono determinare ed assegnare le risorse necessarie per un'applicazione efficace ed efficiente di REKOLE®.
- I dirigenti responsabili assicurano che la consapevolezza in merito al processo di applicazione di REKOLE® venga trasmessa in modo facilmente accessibile ai diretti interessati.
- I dirigenti responsabili nominano un responsabile REKOLE® e stabiliscono in modo chiaro la responsabilità e le competenze di quest'ultimo.
- Il responsabile REKOLE® informa i dirigenti responsabili e le persone coinvolte nel processo su provvedimenti e decisioni relativi all'attuazione, all'applicazione ed al miglioramento di REKOLE®.
- Il responsabile REKOLE® assicura che i provvedimenti per l'attuazione, l'applicazione ed il miglioramento vengano registrati e documentati (garanzia della ricostruibilità).
- In collaborazione con il responsabile REKOLE® i dirigenti responsabili valutano regolarmente l'attuazione e l'applicazione di REKOLE® per garantire che il processo venga gestito in modo efficace ed efficiente e inoltre continuamente migliorato (audit interni REKOLE®).

#### 3.3.2 Audit interni REKOLE®

Il certificato obbliga il detentore a far effettuare una verifica annuale della contabilità analitica dell'ospedale o dell'istituzione.

Assieme al responsabile REKOLE® la direzione deve controllare a intervalli pianificati la contabilità analitica nell'ospedale o dell'istituzione secondo REKOLE® (almeno una volta all'anno), affinché possano essere garantite l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia permanente di REKOLE®. Tale verifica deve comprendere la valutazione delle possibilità di miglioramento e la necessità di modifiche relative alla contabilità analitica. Occorre inoltre tener conto dei risultati di audit precedenti. Gli audit interni REKOLE® vengono conservati e possono essere esaminati in ogni momento dagli auditori esterni (cfr. capitolo 3.2 Requisiti relativi alla documentazione).

*I documenti forniti per la valutazione* devono contenere informazioni sulle seguenti tematiche:

- risultati di audit precedenti
- riscontri da parte di persone (interne ed esterne)
- provvedimenti conseguenti a valutazioni precedenti
- cambiamenti che potrebbero ripercuotersi sulla contabilità analitica
- raccomandazioni per l'attuazione di miglioramenti.

*I risultati per la valutazione* vanno riassunti in un rapporto interno di audit REKOLE® e devono contenere informazioni sulle seguenti tematiche:

- miglioramenti dell'efficacia della contabilità analitica REKOLE® e dei relativi processi
- miglioramenti della contabilità analitica REKOLE® per quanto riguarda il valore informativo nei confronti di clienti interni
- fabbisogno di risorse.

## 3.4 La gestione delle risorse

### 3.4.1 Infrastruttura

Le risorse sono necessarie per la realizzazione delle strategie e degli obiettivi di un ospedale. L'ospedale deve mettere a disposizione delle risorse per garantire l'attuazione e l'applicazione di REKOLE® e per ottimizzarle continuamente. Accanto alle risorse di personale occorrono un'infrastruttura adeguata (attrezzature e mezzi produttivi) ed un ambiente di lavoro adeguato per le persone coinvolte nel processo. Per migliorare le prestazioni nell'ambito della contabilità analitica e i dirigenti responsabili dovrebbero mettere a disposizione l'infrastruttura in modo efficace, efficiente e tempestivo. I mezzi finanziari necessari devono essere messi a disposizione e impiegati in modo efficace al fine di migliorare continuamente i processi.

Un *sistema informatico* efficiente è di particolare importanza per l'attuazione e l'applicazione di REKOLE®.

La collaborazione e le relazioni con fornitori di prestazioni e di servizi esterni fanno parte della gestione delle risorse.

### 3.4.2 Formazione, consapevolezza e competenza

Le conoscenze vanno trasmesse in modo sistematico e mirato. A tale scopo occorre organizzare regolarmente formazioni interne. Le conoscenze necessarie vanno trasmesse, in particolare, alle nuove collaboratrici e ai nuovi collaboratori. I corsi offerti da Espace Compétences rappresentano una base solida, ma tuttavia non sono in grado di formare in dettaglio su tutte le caratteristiche specifiche degli ospedali e delle istituzioni. Durante i corsi di formazione interni vengono in particolare insegnati, oltre ai fondamenti, le modifiche ed i miglioramenti di REKOLE®. Occorre inoltre incentivare in tutta l'istituzione la consapevolezza dell'importanza di una contabilità analitica ben funzionante in tutta l'istituzione. Ai responsabili vanno fornite le competenze necessarie a tale scopo. Tutti i collaboratori dovrebbero:

- essere formati in modo adeguato a seconda del livello,
- essere consapevoli del proprio ruolo, delle competenze e responsabilità in riferimento alla contabilità analitica REKOLE®,
- segnalare i cambiamenti che hanno ripercussioni sostanziali sul processo di REKOLE® e sull'organizzazione,
- sapere quali procedure vanno seguite e quali informazioni devono essere inoltrate a chi e in quale forma.

## 3.5 Misurazione, analisi e miglioramento

### 3.5.1 Miglioramento continuo

L'organizzazione deve misurare e migliorare costantemente l'efficacia dell'applicazione della contabilità analitica nell'ospedale secondo REKOLE®, facendo capo ai risultati degli audit, all'analisi dei risultati monitorati, alle misure correttive e di prevenzione, come pure alle valutazioni della direzione. Tutte le persone coinvolte si impegnano a migliorare costantemente i processi esistenti. Qualora dovessero presentarsi delle difficoltà o un processo non fosse ancora disponibile, ciò sarà documentato (cfr. capitolo 3.2 Requisiti relativi alla documentazione).

### 3.5.2 Misure correttive

L'ospedale o l'istituzione sono tenuti ad adottare misure correttive adeguate e a stabilire una procedura documentata affinché vengano riconosciuti gli errori, determinate le cause degli errori e valutate le necessità d'intervento per evitare l'ulteriore insorgere di errori. I correttivi attuati vanno inoltre documentati e valutati.

### 3.5.3 Misure di prevenzione

L'ospedale o l'istituzione sono tenuti ad adottare misure di prevenzione adeguate e a stabilire una procedura documentata.

- I potenziali errori e le loro cause devono essere riconosciuti per tempo.
- Occorre stabilire le necessarie misure di prevenzione e garantirne la realizzazione.
- Occorre documentare le misure di prevenzione e valutarle riguardo alla necessità di adottare misure preventive.

## 4 Glossario

Concetto	Definizione
<b>Accreditamento</b>	Riconoscimento formale della competenza di un organismo di taratura, verifica, ispezione o certificazione ad eseguire determinate verifiche o valutazioni di conformità secondo esigenze definite a livello internazionale.
<b>Certificato (attestazione di conformità)</b>	Documento, allestito secondo le regole di un sistema di certificazione, che consente di generare fiducia sul fatto che un prodotto, un processo o una prestazione di servizio descritti in modo inequivocabile siano conformi ad una determinata norma o ad un altro documento normativo.
<b>Certificazione</b>	Procedura nell'ambito della quale un organismo indipendente conferma che un prodotto, un processo, una prestazione di servizio o un sistema di gestione è conforme alle esigenze prestabilite.
<b>Norma</b>	Documento allestito in modo consensuale, approvato da un organismo riconosciuto, che stabilisce regole, direttive o caratteristiche applicabili in modo generale e ricorrente ad attività o ai risultati da esse derivanti. Con il medesimo si mira ad un grado d'ordine ottimale in un dato contesto.
<b>Qualità</b>	Insieme delle caratteristiche di un prodotto o di una prestazione di servizio relative alla capacità di soddisfare determinate esigenze prestabilite.
<b>Verifica</b>	Procedimento tecnico che consiste nella rilevazione di una o più caratteristiche di un prodotto, di un processo o di una prestazione di servizio secondo una procedura prestabilita.

Servizio di accreditamento svizzero SAS: Espressioni tecniche (stato 25.6.2014) tratto da: <http://www.seco.admin.ch/sas/00026/01348/index.html?lang=it> (in francese)



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen  
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses  
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

**H+ Gli Ospedali Svizzeri**

Direzione  
Lorrainestrasse 4 A  
3013 Berna  
T 031 335 11 11  
[geschaeftsstelle@hplus.ch](mailto:geschaeftsstelle@hplus.ch)  
[www.hplus.ch](http://www.hplus.ch)