



Regione Molise

Relazione del Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata

Il Consolidato del S.S.R. alla luce del D.Lgs 118/2011

Normativa di riferimento regionale in materia contabile

- Legge Regionale 14 maggio 1997, n. 11: “Disciplina del Servizio Sanitario nella Regione Molise – Abrogazione della L.R. 13 gennaio 1995, n. 2”;
- Approvazione del piano dei conti regionale, allegato alla delibera di G.R. n. 263 del 10 marzo 2008 e successiva rimodulazione, con delibera di G.R. n. 1041 del 21 ottobre 2008.
- Linee guida al piano dei conti della contabilità generale, allegato alla delibera G.R. n. 1352 del 15 dicembre 2008.
- Decreto del Presidente della Regione Molise in qualità di Commissario ad acta n. 2/2009 “Documento contabile “Preconsuntivo” - determinazioni.” Le prescrizioni contenute in questo decreto, sono state recepite integralmente nell’art. 12 della L.R. n. 8/2010. La finalità di questo documento contabile è quello di fornire previsioni attendibili prima della definitiva approvazione del bilancio d’esercizio, in modo da poter mettere in atto le eventuali manovre correttive.
- Decreto del Presidente della Regione Molise in qualità di Commissario ad acta n. 12/2009 “Linee guida generali al processo di budget per l’azienda sanitaria regionale del Molise”;
- Legge Regionale n. 8 del 22 febbraio 2010. “ Disciplina sull’assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo dell’A.S.Re.M. – Abrogazione della legge regionale del 14 maggio 1997, n. 12”;

Atto	N° e Data	Oggetto
Legge Regionale	N° 11 del 14 maggio 1997	Disciplina del Servizio Sanitario nella Regione Molise
Delibera di Giunta Regionale	N° 263 del 10 marzo 2008	Approvazione nuovo Piano dei Conti regionale
Delibera di Giunta Regionale	N° 1041 del 21 ottobre 2008	Piano dei Conti – Sanità - rimodulazione
Delibera di Giunta Regionale	N° 1352 del 15 dicembre 2008	Linee guida al Piano dei Conti della contabilità generale
Decreto Presidenziale	N° 2 del 1 febbraio 2010	Documento contabile “Preconsuntivo”
Decreto Presidenziale	N° 12 del 25 marzo 2010	Linee guida generali al processo di budget per l’Azienda Sanitaria Regionale del Molise
Legge Regionale	N° 8 del 22 febbraio 2010	Disciplina sull’assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo dell’A.S.Re.M.

Il consolidato regionale – attuazione disposizioni D. Lgs. 118/2011.

Come definito dall'art. 32 del D.Lgs.118/2011 nell'ambito della disciplina della nuova normativa contabile, le Regioni devono provvedere a redigere il Bilancio Sanitario Regionale Consolidato mediante il consolidamento dei conti della gestione sanitaria accentrata e degli enti che rientrano nel perimetro di consolidamento.

Le Regioni che esercitano la scelta di gestire direttamente "il finanziamento del proprio servizio sanitario" di cui all'art. 19, comma 2, lett. b), punto i) D.Lgs.118/2011, devono individuare il responsabile della GSA (gestione sanitaria accentrata).

Nello specifico, ai sensi dell'art. 22, comma 2, lett. c), <<...il responsabile della GSA presso la Regione garantisce la coerenza del bilancio sanitario consolidato con le risultanze dei modelli ministeriali CE ed SP di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e ss.mm.ii. e relative all'ente ivi identificato con il codice "999". In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione e del responsabile della predisposizione del bilancio regionale, assicurano l'integrale raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria...>>.

Il consolidato regionale con il D. Lgs. 118/2011: perimetro di consolidamento e attività.

Il consolidamento del SSR presuppone necessariamente di individuare e definire il perimetro di pertinenza della Sanità.

Nell'ambito del consolidamento rientrano ai sensi dell'art. 19, comma 2, lett. b) punto i) e punto c), le Aziende Sanitarie (A.S.L., A.O., Policlinici, IRCSS pubblici) del SSR, altri istituti rientranti nel consolidato dei modelli ministeriali e la GSA (Gestione Sanitaria Accentrata).

Con riferimento alla GSA vi è la necessità di individuare a livello centrale:

- 1) i capitoli del bilancio regionale (capitolo di entrata e di uscita) che rientrano nella pertinenza della sanità;
- 2) gli altri capitoli del bilancio regionale non di stretta pertinenza sanitaria e relativi a gli altri settori regionali che erogano risorse in favore delle aziende sanitarie;
- 3) la mappatura delle movimentazioni (trasferimenti, pagamenti, erogazioni ecc.) dei capitoli del bilancio e disciplina nella rilevazione contabile in relazione alla natura dei capitoli.

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi di cui al D.Lgs. 118/2011, ed in particolare per l'operatività della GSA e del processo di consolidamento del SSR, diventa fondamentale la collaborazione e la condivisione nello scambio di informazioni tra la struttura della GSA e la struttura del bilancio regionale. Nello specifico la GSA della Regione Molise ha avviato un intenso rapporto di analisi e acquisizione di informazioni con la struttura del bilancio regionale, per giungere in tempi brevi, una volta completata l'analisi, la dove possibile, all'integrazione anche dei sistemi tra contabilità finanziaria e contabilità economico-patrimoniale della GSA.

Il consolidamento dello Stato Patrimoniale regionale: consolidamento delle crediti/debiti vs Regione e delle partite infragruppo (intercompany).

Il consolidamento del SSR presuppone il consolidamento dello Stato Patrimoniale (SP): la criticità principale è rappresentata, dalle partite da consolidare.

Crediti e debiti dell' Azienda Sanitaria Regionale (ASReM) vs/Regione

Necessariamente il consolidamento presuppone la riconciliazione e il riallineamento delle partite creditorie e debitorie rilevate dall' Azienda Sanitaria Regionale nello stato patrimoniale, con le partite debitorie e creditorie rilevate dalla GSA verso l'ASREM al fine di garantire la coerente rappresentazione della realtà.

Il Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata

Le regioni individuano il Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata presso la regione che è tenuto:

- a) all'elaborazione e all'adozione del bilancio di esercizio della Gestione Sanitaria Accentrata presso la regione;

b) alla coerente compilazione, con il bilancio di esercizio della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) presso la regione, dei modelli ministeriali CE e SP di cui al D.M. 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni, e relativi all'ente ivi identificato con il codice "000 - GSA";

c) alla redazione del bilancio sanitario consolidato mediante consolidamento dei conti della Gestione Sanitaria Accentrata e dei conti delle Aziende Sanitarie.

Il responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata registra i fatti gestionali nel libro giornale e li imputa ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, provvedendo alla rilevazione dei costi, dei ricavi e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio.

Le regioni individuano, altresì, un responsabile regionale che certifichi, con riferimento alla gestione sanitaria accertata presso la regione:

- a) in sede di rendicontazione trimestrale, la regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità, la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario, la riconciliazione dei dati di cassa, la coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità;
- b) in sede di rendicontazione annuale, quando indicato al punto i), nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze della contabilità.

Attivazione della Gestione Sanitaria Accentrata

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 96 del 7 novembre 2011, recante "Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 54 maggio 2009, n. 42". Titolo II° - determinazioni", la Regione ha dato attuazione al comma 2, lett. b) punto i) dell'art. 19 del D. Lgs. 118/2011 e quindi ha esercitato la scelta di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario con l'istituzione della Gestione Sanitaria Accentrata a far data dal 1° gennaio 2012. Con decreto del Commissario ad Acta n. 105 del 21 dicembre 2011, è stato adottato il Piano dei Conti della GSA, rimodulato con il DCA n. 48 del 10 ottobre 2012 attesa la necessità di predisporre il Piano dei Conti della GSA e di adeguarlo ai nuovi modelli di riclassificazione CE e SP, di cui al Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF, individuato al rep. Atti 93/CS del 19 aprile 2012. A livello regionale, con l'atto commissariale n. 49 del 10 ottobre 2012, è avvenuta anche l'approvazione del nuovo Piano dei Conti dell'ASReM inerente i nuovi modelli di rilevazione del Cono Economico e dello Stato Patrimoniale. A decorrere dal 2011, la Regione, ha adottato una nuova procedura informatizzata per il governo delle procedure contabili.

I documenti contabili approvati a livello regionale, con i citati atti, sono obbligatori per l'Azienda Sanitaria Regionale.

Ai sensi dell'art. 26, il bilancio d'esercizio per le Aziende Sanitarie del SSR regionale e per la Gestione Sanitaria Accentrata è redatto con riferimento all'anno solare. Si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal Responsabile GSA.

Relazione del responsabile della Gestione Accentrata sul Bilancio consolidato: attività di controllo, limiti e criticità.

Il Bilancio sanitario consolidato deve essere accompagnato dalla Relazione del responsabile della Gestione Accentrata. In relazione alla complessità del consolidamento ed alla gestione ordinaria della GSA e dell'importanza della Relazione accompagnatoria, il responsabile deve necessariamente avere la disponibilità di:

- informazioni dettagliate veritiere e corrette delle poste del bilancio;
- procedure amministrativo-contabili, linee guida e strumenti che garantiscano la veridicità e la correttezza delle rilevazioni Aziendali e della gestione Accentrata (Piano dei conti, Libro giornale, ecc);
- integrazione dei sistemi informativi del SSR;
- Monitoraggio continuo dei dati;
- Collaborazione e condivisione con le strutture del bilancio regionale

Piano dei conti regionale

Le linee guida relative al Piano dei Conti (PdC) per la rilevazione delle componenti patrimoniali, economiche e finanziarie dell'A.S.Re.M. hanno la finalità di:

- ✓ agevolare la comprensione delle voci da cui è composto tale strumento di misurazione degli eventi gestionali, mediante registrazioni contabili;
- ✓ fornire informazioni circa la natura e i criteri di valutazione delle principali poste di bilancio;

- ✓ definire regole chiare per le registrazioni contabili dell'A.S.Re.M.;
- ✓ agevolare la predisposizione del bilancio consolidato regionale.

L'introduzione del PdC regionale (Deliberazione della Giunta Regionale n. 263 del 10/3/2008) conferma la volontà della Regione di coordinare e monitorare il processo gestionale e contabile dell'A.S.Re.M. e di supportarla nella fase di duplice cambiamento, provocata sia dalla previsione di un'Azienda unica regionale, sia dall'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.

A tale proposito il PdC regionale è stato altresì corredato di una apposita colonna contenente il raccordo tra i conti, sottoconti e le voci dei modelli economici CE/SP per consentire il collegamento tra la contabilità generale e i modelli ministeriali, al fine di agevolare l'attività di rilevazione dell'A.S.Re.M. e limitare al massimo le rielaborazioni e le riclassificazioni.

Procedure contabili

Occorre precisare, che pur in assenza di procedure contabili formalizzate, l'Azienda sanitaria ha comunque posto in essere le seguenti attività:

- tenuta del registro IVA;
- tenuta del libro giornale;
- gestione del bilancio;
- rapporti con il Tesoriere aziendale;
- gestione dei pagamenti a personale dipendente e convenzionato;
- gestione dei rapporti con gli Istituti Previdenziali;
- gestione delle fatture passive;
- armonizzazione delle politiche di pagamento;
- gestione del debito inevaso dell'ASREM, riferito ad esercizi precedenti;
- gestione tra emissione ordini e contabilizzazione delle fatture ai singoli centri di costo;
- gestione dello scadenziario dei pagamenti;
- gestione contabile degli ammortamenti riferiti ai cespiti ammortizzabili (da sottosistema patrimonio ed inventario).

A decorrere dall'anno 2010 tutte le procedure sopra esposte sono state unificate. Inoltre, in data 7 luglio 2010 è avvenuto lo switch-off ufficiale delle vecchie procedure di contabilità e bilancio. Il nuovo sistema consente la piena rintracciabilità delle movimentazioni dall'autorizzazione di spesa, all'ordine, alla registrazione del ricevimento, alla liquidazione e all'imputazione del costo al corretto conto di bilancio e centro di costo. Tutte le procedure e flussi dati di rilevazione contabile muovono da un unico sistema ed hanno piena tracciabilità della catena di responsabilità del dato contabile. I contatti con i fornitori avvengono attraverso l'unico ufficio di gestione contabile ASREM con sede fisica ad Isernia, che provvede alla gestione documentale ed all'imputazione (precisa ed analitica) dei dati di costo.

A seguito delle modifiche legislative introdotte dalla legge di stabilità (art. 1, comma 36, L. 228/2012) al comma 1, lett. b) dell'art. 29 del D. Lgs. 118/2011, con circolare del 25 marzo 2013, il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha disposto che il conseguente ricalcolo degli ammortamenti avesse valenza retroattiva, per tutti gli esercizi antecedenti il 2012; tale disposizione si è rivelata particolarmente onerosa per le Aziende Sanitarie del SSR - generando anche costi di adeguamento degli applicativi contabili - ed ha inficiato negativamente il rispetto delle tempistiche programmate.

L'individuazione dei principi di consolidamento dei bilanci e di redazione del bilancio consolidato viene invece rinviata ad ulteriori decreti da emanarsi a cura del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (art. 6, comma 2, D.M. 17 settembre 2012); tuttavia ad oggi non sono stati ancora resi disponibili per la chiusura dell'esercizio 2012. Sono state invece identificate attraverso una diversa codifica (R, RR, ecc...) le voci di CE ed SP che dovranno essere oggetto di elisione o di consolidamento (D.M. 15 giugno 2012).

Metodologia di predisposizione del PAC

L'articolo 11 del "Patto per la salute" 2010-2012 (Rep.atti n.243 CSR) , prevede, tra l'altro, che le regioni e le province autonome si impegnano, anche in relazione all'attuazione del federalismo fiscale, ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci, attraverso un percorso che dovrà garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

La normativa di riferimento è la seguente:

- decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze il 18 gennaio 2011, pubblicato in G.U. 17 febbraio 2011 recante " Disposizioni in materia di valutazione straordinaria delle procedure amministrativo – contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli istituti zoo profilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari";
- decreto del Ministro della salute adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 17 settembre 2012, recante "Disposizioni in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale" (G.U. 11 ottobre 2012 n.238).

Considerato che l'articolo 3, comma 5 del sopra citato decreto ministeriale 17 settembre 2012 prevede che, con apposito decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano siano definiti i requisiti comuni dei Percorsi Attuativi della Certificabilità e il termine massimo entro il quale i citati percorsi dovranno essere completamente realizzati.

Infine, il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 1 marzo 2013 recante "Definizione dei Percorsi attuativi della Certificabilità", all'Art.2 stabilisce che "Le singole regioni provvedono all'approvazione e alla verifica dell'attuazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità secondo le modalità e le tempistiche previste dall'articolo 3, commi 3 e 4 del decreto del Ministro della salute del 17 settembre 2012".

Con i DCA n°13 del 25 Giugno 2013 e n° 14 del 27 Giugno 2013, sono stati approvati i Piani Attuativi della Certificabilità (PAC) della Regione Molise, e, a seguito delle indicazioni e dei chiarimenti richiesti con il verbale del Tavolo di Verifica del 18 dicembre 2014, sono stati rimodulati con DCA n. 3 del 04.02.2015.

Il PAC parte dagli esiti della Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo – contabili di cui al DM 18 gennaio 2011 e tiene conto delle azioni sviluppate a livello aziendale per superare le criticità riscontrate. Tiene conto, inoltre:

- dei requisiti comuni, in termini di standard organizzativi, contabili e procedurali, definiti dall'allegato A) del citato DM 1 marzo 2013;
- delle criticità emerse in sede di prima applicazione del D. Lgs. 118/2011;
- dell'attuale sistema di regolamenti, atti e procedure amministrativo-contabili aziendali.

Le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi sono dettagliate nel prospetto PAC, quindi suddivise per cicli contabili ed aree di bilancio e articolate nei livelli Azienda Sanitaria, GSA e Consolidato regionale. Al fine di superare eventuali criticità, a livello regionale sarà curata la redazione di documenti regionali di riferimento e la definizione dei modelli, dei requisiti minimi comuni e degli standard delle procedure amministrativo-contabili e di controllo interno.

Requisiti Generali della GSA:

- completamento dell'analisi organizzativa e della mappatura delle responsabilità regionali, alla luce dell'esperienza e delle criticità riscontrate in occasione della redazione del bilancio dell'esercizio 2012;
- redazione del regolamento della GSA;
- redazione del manuale delle procedure della GSA;
- redazione del regolamento per l'attività di verifica del terzo certificatore;
- procedure di verifica concordate con il terzo certificatore.

Verranno predisposte tutte le necessarie procedure per garantire i requisiti generali finalizzati ai:

- 1) requisiti generali dell'Azienda Sanitaria;
- 2) requisiti generali del consolidato regionale;

- 3) requisiti ciclo attivo – area immobilizzazioni;
- 4) requisiti ciclo attivo – area rimanenze;
- 5) requisiti ciclo attivo – area crediti e ricavi;
- 6) requisiti ciclo attivo – area disponibilità liquide;
- 7) requisiti ciclo passivo e netto – area patrimonio netto;
- 8) requisiti ciclo passivo e netto – area debiti e costi.

Lo svolgimento delle azioni necessarie per il perseguimento degli obiettivi del PAC è stato programmato al fine di assicurare a livello regionale un percorso coordinato ed omogeneo finalizzato all'analisi delle criticità, alla redazione delle procedure e dei percorsi e all'attuazione e validazione.

A livello regionale, lo svolgimento delle attività necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAC sarà gestito attraverso la costituzione di specifici gruppi di lavoro. Preliminarmente, ci si occuperà della pianificazione e dell'organizzazione delle attività propedeutiche alla conduzione ed al completamento del PAC, nonché allo sviluppo delle specifiche aree tematiche. La realizzazione delle azioni descritte nel PAC ed il raggiungimento degli obiettivi, verranno verificati dal Collegio Sindacale dell'ASReM.

L'Azienda Sanitaria Regionale

L'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM) opera su un territorio coincidente con le provincie di Campobasso ed Isernia, con una popolazione complessiva di 314.725 abitanti (Fonte: dati ISTAT sulla popolazione residente anno 2014), distribuiti in 84 Comuni sulla provincia di Campobasso e 52 Comuni sulla provincia di Isernia, suddivisi in 7 Distretti Sanitari di Base.

La Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale (nonché le strutture aziendali interne), nel corso dell'esercizio 2014, è stata impegnata nella ricerca di condizioni di equilibrio, unitamente alle strutture della Direzione Regionale per la Salute, cercando di allineare le indicazioni programmatiche, pur nella limitatezza delle risorse disponibili e dei vincoli normativi imposti a livello nazionale e regionale nonché delle note problematiche, ambientali e sociali, che caratterizzano il territorio del Molise.

L'ASReM ha continuato a porre in essere, con la massima attenzione, tutte misure necessarie alla eliminazione di ogni spreco, evitando, per quanto possibile, qualunque impatto sui servizi sanitari da rendere al cittadino. Ha proseguito, di concerto con il Servizio Sistemi Informativi della Direzione Generale per la Salute regionale, un'attività di:

- verifica quali - quantitativa dei flussi informativi da NSIS;
- continuo perfezionamento dei processi di alimentazione dei principali flussi informativi da NSIS (si è giunti ad una percentuale del 100% sulla copertura totale dei flussi NSIS);
- perfezionamento e definizione dei processi di alimentazione dei flussi di nuova istituzione (per il flusso Hospice sono state avviate a regime le attività di alimentazione della nuova procedura "Spider Cure Palliative"; sono state rimosse le criticità presenti sui flussi CEDAP);
- prosecuzione di tutte le attività di monitoraggio dei consumi ospedalieri e dei dispositivi medici, rimozione progressiva delle criticità sui flussi FAR, SISM, SIAD, EMUR (Pronto Soccorso e 118);
- messa a regime la rilevazione del tracciato dei contratti relativo al flusso dei consumi ospedalieri (fase 2).

Si tratta, com'è evidente, di obiettivi di natura organizzativa che permettono di disporre di una base informativa di livello qualitativo maggiormente elevato rispetto al passato.

Si sottolinea, in tal senso, che la copertura informativa per l'anno 2014, calcolata in base agli applicativi messi a disposizione su NSIS da parte delle competenti strutture ministeriali, riporta per la regione Molise un livello di copertura assolutamente ottimale.

A seguito dell'adozione del nuovo Piano Operativo, in corso di redazione da parte dei competenti uffici regionali, le attività di ridefinizione dei posti letto e di dimensionamento delle attività territoriali dovranno essere necessariamente riprogettate, in base alle nuove indicazioni.

Perdita di Esercizio

I fattori che hanno determinato la produzione di un risultato di gestione negativo per l'esercizio in oggetto sono da ricercare essenzialmente nei fattori di seguito riportati:

- Crescita dei consumi relativi all'acquisto di beni: spicca in tal senso l'erogazione di farmaci ad alto costo (H OSP e farmaci per erogazione diretta ai pazienti a seguito di piani terapeutici) (€/000 6.434);
- Interessi passivi e moratori (€/000 863);
- Sopravvenienze passive, componenti "non ordinarie" del bilancio di esercizio, che rappresentano costi di precedenti esercizi non precedentemente contabilizzati per competenza economica a causa dei ritardi di arrivo dei relativi documenti di spesa (€/000 37.938).

A corollario di ciò, l'Azienda ha ormai ultimato le attività volte all'unificazione dei sistemi amministrativi di gestione ed alla razionalizzazione dell'offerta sanitaria. Ne sono un esempio:

- la riduzione dei costi per l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria da privato (specialistica, riabilitativa, ospedaliera) attraverso la contrattazione di specifici budget di spesa con i privati accreditati: non a caso la pur minima crescita dei costi per assistenza convenzionata si riferisce alla sola produzione extra regionale erogata dai privati a cittadini non residenti e, pertanto, non "budgettizzabile";
- il mantenimento dei costi per manutenzioni, godimento di beni di terzi e per quanto concerne i principali servizi non sanitari da privato;
- il totale abbattimento negli anni dei costi per lavoro interinale.

Tali manovre confermano lo sforzo dell'Azienda teso al controllo dei costi di struttura ed alla ridefinizione dei relativi processi di gestione.

In tal senso, oltre alla già accennata unificazione dei sistemi organizzativi ed informatici, sono stati ulteriormente affinati i meccanismi di budgeting e controllo della spesa (reporting per centro di costo, gestione di autorizzazioni vincolanti di spesa).

In questa ottica, il differenziale tra il disavanzo prodotto nell'esercizio 2014 (€/000 44.490) e quello del 2013 (€/000 87.010) pari ad €/000 44.519 rappresenta in parte il risultato delle attività di efficientamento della struttura e la traduzione in termini economici delle azioni per la messa a regime dei nuovi sistemi di gestione, in parte l'evidenza del mancato funzionamento di taluni processi amministrativi e finanziari (oneri contabili straordinari ed interessi per ritardati pagamenti).

In tal senso, le risorse necessarie alla copertura della perdita saranno reperite anche attraverso:

- economie realizzate a seguito delle transazioni concluse con importanti fornitori ASREM, che rappresentano sopravvenienze attive (ovvero insussistenze del passivo) da rilevare all'interno dei futuri bilanci di esercizio;
- risparmi derivanti dalla progressiva quiescenza dei rapporti di lavoro dipendente e dal mancato avvicendamento del personale cessato.

Il Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata

Dr.ssa Lolita Gallo