

BILANCIO CONSUNTIVO 2016 CONSOLIDATO

Relazione del Responsabile della
Gestione Sanitaria Accentrata

Premessa

A seguito dell'emanazione del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 recante <<Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42>> e l'attuazione del principio dell'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni è stato profondamente innovato il modello di rendicontazione e controllo della spesa sanitaria sia a livello nazionale che regionale.

Le regioni sono chiamate a garantire la quadratura tra sistemi di contabilità pubblica (finanziaria) e sistemi di contabilità economico - patrimoniale, attraverso l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso (art. 20 D.Lgs. 118/11).

Inoltre, sempre al fine di garantire trasparenza nei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard, le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale che affluiscono nei conti di tesoreria unica intestati alle singole regioni e a titolo di trasferimento dal Bilancio dello Stato e di anticipazione mensile di tesoreria sono versate in conti di tesoreria unica appositamente istituiti per il finanziamento del servizio sanitario nazionale (art. 21 D.Lgs. 118/11).

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.

Come stabilito dall'art. 22 del D.lgs 118/2011, la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) ha precise funzioni e responsabilità attinenti alla Gestione finanziaria e contabile delle risorse destinate al sistema sanitario regionale.

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.

Attraverso una profonda rivisitazione del sistema di principi contabili di riferimento e della modulistica di bilancio il legislatore ha introdotto una modalità nazionale di tenuta dei conti allo scopo di favorire la comparabilità, la tracciabilità e la qualità dei dati così come richiesto dal Patto della Salute.

Un ruolo di assoluto rilievo viene affidato da questa normativa al soggetto Regione che, sia da un punto di vista organizzativo gestionale, che amministrativo contabile viene visto come una vera e propria holding del sistema.

Al soggetto Regione viene pertanto assegnato uno specifico modello contabile che si sintetizza nella tenuta e redazione dei seguenti documenti:

- Contabilità Sanitaria Accentrata
- Bilancio Consolidato del gruppo sanitario regionale.

In particolare la norma recita che "le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che esercitano la scelta di gestire direttamente presso la regione o la provincia una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario di cui

all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), individuano nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, d'ora in poi denominato GSA presso la regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione/provincia autonoma e lo Stato, le altre regioni/province autonome, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali".

La GSA, è, a sua volta, normata da un insieme di circolari ministeriali (definite Casistica) che ne delineano le specificità, gli adempimenti ed i sistemi procedurali e di controllo.

Criteri generali

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio consuntivo consolidato esercizio 2016 della Gestione Sanitaria Accentrata e dell'A.S.Re.M., è predisposta secondo le disposizioni del D. Lgs. 118/2011 e del Codice Civile ed i Principi Contabili Nazionali.

L'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (cfr. Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014) all'articolo 1 rubricato "Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali — costi standard e Livelli Essenziali di Assistenza" dispone, tra l'altro:

- il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, è fissato per l'anno 2015 nella misura di 112.062 miliardi di euro e per l'anno 2016 nella misura di 115.444 miliardi di euro, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione agli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico, nel quale caso l'Intesa in esame dovrà essere oggetto di revisione (cfr. articolo 30 comma 2);
- il riparto delle predette disponibilità finanziarie deve tenere conto della " determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali" (cfr. Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 19 dicembre 2013; articolo 1 comma 34 della Legge 662/96);

La Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (C.d. Legge di stabilità anno 2016) recante "disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" ed in particolare l'articolo 1, comma 568, il quale prevede << livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, commi 167 e 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'articolo 9-septies, comma 1, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e' rideterminato, per l'anno 2016, in 111.000 milioni di euro. Sono sterilizzati gli effetti derivanti dal periodo precedente sugli obiettivi di finanza pubblica delle autonomie speciali.>>.

Il citato stanziamento di 111.002,00 milioni di euro comprende le seguenti componenti di finanziamento:

- 108.192,60 mln di euro: indistinto;
- 1.878,98 mln di euro: vincolato e programmato per Regioni e PA;
- 652,91 mln di euro: vincolato per altri Enti;
- 277,51 mln di euro: accantonamento pari allo 0,25% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2016, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67 bis, della Legge 23 dicembre 2009, n.191, a condizione che venga approvata l'integrazione al già citato comma 67 – bis,dall'articolo 6, comma4,del decreto-legge 30 dicembre 2015, n.210 convertito nella legge 25 febbraio 2016, n.21;

L' importo relativo alla quota indistinta previsto nella proposta per il CIPE in argomento è pari a 108.633,05 mln di euro, costituito dalle seguenti fonti di finanziamento:

- 108.192,60 mln di euro quale quota indistinta che comprende, tra l'altro, 50,00 mln di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza del gioco d'azzardo ed 800.000 mln di euro per la maggiore spesa conseguente all'aggiornamento del DPCM 29 novembre 2001 inerente i livelli essenziali di assistenza;
- € 6,37 mln di euro quale quota di riequilibrio tra le regioni da aggiungere alla quota indistinta;

- € 6,68 mln di euro quale fondo vincolato per le Regioni e P.A.;

-€ 427,20 mln di euro quale quota vincolata per altri Enti;

Le intese:

- Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998 n.112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016 (rep. atti n.62/CSR del 14.04.2016);
- Intesa ai sensi dell'articolo 2, comma 67 bis della legge 23 dicembre 2009, n.191, e successive modifiche e integrazioni, sullo schema decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, di ripartizione delle quote premiali per l'anno 2016 (rep.atti n.63/CSR del 14.04.2016);
- Intesa ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate, per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2016 (rep.atti n. 64/CSR del 14.04.2016);
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016 (rep.atti n.65/CSR del 14 aprile 2016);

L' intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998 n.112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016 *il finanziamento del fondo sanitario indistinto di parte corrente* è esplicitato nella seguente tabella:

Regioni	Totale indistinto	Stima gioco d'azzardo	Fibrosi cistica	Quota riequilibrio	Totale indistinto Stima gioco d'azzardo+ Fibrosi cistica+ Risorse vincolate remunerate dal Fondo indistinto+Quota riequilibrio ANTE MOBILITA'	Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende Sanitarie	Totale indistinto+ Stima gioco d'azzardo+ Fibrosi cistica+ Risorse vincolate remunerate dal Fondo indistinto+Quota riequilibrio AL NETTO DELLE ENTRATE PROPRIE ANTE MOBILITA'
MOLISE	565.516.876,00	261.479,00	24.638,39	0	565.802.993,00	12.952.736,00	552.850.257,00

La precitata Intesa stabilisce altresì che con la presente proposta di riparto si provvede ad accantonare l'importo di 277,51 mln di euro, pari allo 0,25% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2016, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67 bis, della Legge 23 dicembre 2009, n.191, e di quanto stabilito, ad integrazione del citato comma 67 – bis, dall'articolo 6, comma 4, del decreto –legge 30 dicembre 2015 n.210, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, della legge 25 febbraio 2016, n.21; all'articolo 2, comma 67 bis della legge 23 dicembre 2009, n.191, e successive modifiche e integrazioni, sullo schema decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, è stata ripartita la quota premiale anno 2016 di 277,51 mln di euro, e che per la Regione Molise la quota premiale in parola è pari ad € 6.736.674,00;

Il decreto Legge 19 giugno 2015, n.78 all'articolo 9, comma 9, , che, nel rinviare all'anno 2017 i meccanismi di finanziamento delle funzioni regionali come disciplinati dal d.lgs. 6 maggio 2011, n.68, ha confermato per gli anni dal 2013 al 2017 i criteri di determinazione dell'aliquota di compartecipazione all'IVA come disciplinati dal d.lgs. n.56 del 2000;

Il fondo indistinto assegnato alla Regione Molise, integrato dell'importo di € 6.736.674 risulta essere il seguente:

Regioni	Totale indistinto	Stima gioco d'azzardo	Fibrosi cistica	Quot a riequilibrio	Totale indistinto+ Stima gioco d'azzardo+ Fibrosi cistica+ Risorse vincolate remunerate dal Fondo indistinto+Quota riequilibrio ANTE MOBILITA'	riparto quote premiali anno 2016 ai sensi dell'art. 9, comma 2, D.Lgs. 149/2011 (TOTALE	Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende Sanitarie	Totale indistinto+ Stima gioco d'azzardo+ Fibrosi cistica+ Risorse vincolate remunerate dal Fondo indistinto+Quota riequilibrio ANTE MOBILITA' E AL NETTO DELLE ENTRATE PROPRIE
MOLISE	565.516.876,00	261.479,00	24.638,00	0	565.802.993,00	6.736.674,00	572.539.667,00	12.952.736	559.586.931,00

L'Intesa n.62/2016 è definito l'ammontare relativo all'IRAP, Addizionale IRPEF e l'integrazione a norma del decreto legislativo 56/2000 (compartecipazione IVA), a cui si somma, nella voce relativa all'integrazione a norma del decreto legislativo 56/2000 l'importo di € 6.736.674,00 (cfr. Intesa n.63/2016), i cui valori finali sono di seguito specificati:

Regioni	IRAP	Addizionale IRPEF	Integrazione a norma del d.l.vo 56/2000	TOTALE INDISTINTO+QUOTA RIEQUILIBRIO +QUOTA PREMIALE +GIOCO D'AZZARDO+FIBROSI CISTICA AL NETTO DELLE ENTRATE PROPRIE
	1	2	3	4 = 1+2+3
MOLISE	15.712.423,00	35.556.000,00	508.318.508,00*	559.586.931,00

* compartecipazione all'IVA quale somma di € 501.581.834,00 come da Intesa n.62/2016 e € 6.736.674,00 come da Intesa n.63/2016;

Il Fondo Sanitario Regionale 2016 include, oltre alle richiamate somme relative alla << Fibrosi cistica >> e al << gioco d'azzardo >>, quelle inerenti <<gli hanzeniani e loro familiari>>; <<la rivalutazione del sussidio a favore degli hanzeniani e loro familiari>>; <<la prevenzione e la lotta contro l'AIDS>>; <<norme minime relative a sanzioni e a provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno e' irregolare>> (cfr. Legge 190/2014) e che pertanto i pertinenti finanziamenti, calcolati in base al finanziamento anno 2014, sono scorporati dal Fondo Sanitario anno 2016, nella considerazione che per le descritte risorse vincolate il bilancio regionale prevede appositi capitoli di entrata e di spesa, come esplicitato nella seguente tabella:

CAPITOLO DI ENTRATA	DENOMINAZIONE	IMPORTO	CAPITOLO DI SPESA	DENOMINAZIONE	IMPORTO
7009	F.S.N. RELATIVO A PREVENZIONE E CURA DELLA FIBROSI CISTICA	24.638,39	34098	PREVENZIONE E CURA DELLA FIBROSI CISTICA	24.638,39
708	QUOTA STATALE A TITOLO DI SOCCORSO GIORNALIERO AGLI INFERMI HANZENIANI E	18.636,00	32400	SUSSIDIO SOGGETTI HANZENIANI E LORO FAMILIARI	18.636,00

	LORO FAMILIARI A CARICO				
7060	SPESE PER IL FINANZIAMENTO DEI CORSI DI FORMAZ. E DI ADEGUAM. PER IL PERSONALE DEI REPARTI DI MALATI DI AIDS - QUOTE VINC F.S.N. - L.135/90.	177.714,33	34006	SPESE PER IL FINANZIAMENTO DEI CORSI DI FORMAZ. E DI ADEGUAM. PER IL PERSONALE DEI REPARTI DI MALATI DI AIDS - QUOTE VINC F.S.N. - L.135/90.	177.714,33
7061	SPESA CORRENTE SANITARIA PER CURE DOMICILIARI AI MALATI DI AIDS	79.842,67	34407	SPESA CORRENTE SANITARIA PER CURE DOMICILIARI AI MALATI DI AIDS	79.842,67
7039	RISORSE STATALI PER EMERSONE LAVORO STRANIERI	682.436,00	34140	FONDI STATALI PER EMERSONE LAVORO STRANIERI	682.436,00
7083	GIOCO D'AZZARDO	261.479,00	36404	GIOCO D'AZZARDO	261.479,00
ENTRATE	TOTALE	1.244.746,39	SPESA	TOTALE	1.244.746,39

La Tabella "C" della richiamata Intesa n. 62/2016 concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016, nella quale, sono contenuti gli acconti di mobilità interregionale per l'anno 2016 calcolati sulla base della matrice di mobilità 2013, approvata in data 7 maggio 2015 in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, come peraltro richiesto dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle Province autonome con nota n.1503 del 25 marzo 2015. Inoltre, in osservanza a quanto previsto dal combinato disposto degli articoli 20 e 29, comma 1, lettera h) del decreto legislativo 118/2011, la tabella indica separatamente le diverse posizioni debitorie e creditorie, come di seguito rappresentato:

Mobilità 2016 (Crediti mobilità interregionale)	Mobilità 2016 (Debiti mobilità interregionale)	Mobilità 2016 (tutte le colonne di mobilità interregionale)
86.931.544,00	59.071.040,00	27.860.504,00

Il decreto del Commissario ad Acta n.32 del 20 maggio 2016 avente ad oggetto *"Riparto fondo sanitario anno 2016 definitivo - Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016 — Determinazioni."* ha stabilito il riparto del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente per l'anno 2016 come riportato nella seguente tabella:

GSA – quota F.S.R. di parte corrente – anno 2016	€ 72.586.931,00
ASReM – quota F.S.R. di parte corrente – anno 2016	€ 487.000.000,00
TOTALE	€ 559.586.931,00

Ricognizione della situazione patrimoniale

L'implementazione della contabilità economico-patrimoniale per la rilevazione dei fatti gestionali propri della GSA ha comportato la necessità di ricostruzione di uno Stato Patrimoniale iniziale il cui attivo non può che essere costituito anche da crediti riferibili a residui iscritti nel bilancio regionale al 31.12.2011 per somme destinate alla sanità, di competenza di anni precedenti e non ancora rimosse alla data di chiusura del citato bilancio.

Nella fase iniziale di attuazione delle nuove disposizioni si è cercato di immaginare tutte le casistiche possibili e tra queste si è individuata l'eventualità che somme destinate alla sanità, di competenza di anni precedenti, potessero affluire sul conto di tesoreria regionale piuttosto che su quelli dedicati intestati alla GSA.

Di qui l'opportunità di evidenziare e richiedere che nell'eventualità del verificarsi di dette circostanze le interessate somme venissero trasferite dal conto di tesoreria regionale, sul quale fossero eventualmente affluite, ai conti dedicati della GSA legittimata a gestirle. L'incasso di tali somme sui conti della GSA consente di rilevare contabilmente l'afflusso di disponibilità finanziarie in contropartita della riduzione o estinzione dei crediti iscritti nello stato patrimoniale iniziale.

La corretta individuazione delle componenti patrimoniali attive e passive in dotazione alla GSA, all'atto della sua costituzione, ha richiesto una puntuale ricognizione dei residui attivi e passivi, nell'ambito di quelli iscritti nel bilancio regionale, afferenti la sanità, oltre che l'individuazione di eventuali poste patrimoniali attive e/o passive che abbiano quale controparte la stessa regione (es. eventuali crediti per somme afferenti la sanità incassate in epoca antecedente il 31.12.2011 e non ancora impiegate).

La rilevazione dei fatti di gestione in contabilità economico patrimoniale mediante utilizzo di conti economico – patrimoniali collegati ai capitoli di entrata e di spesa del bilancio regionale afferenti la sanità è supportata da specifico programma informatico.

Le fasi di gestione sono le seguenti:

- rilevazione cronologica dei fatti di gestione sulla base di idonea documentazione contabile (impegno, mandato, accertamento, reversali, fatture, ecc.). La procedura genera i registri obbligatori previsti dalle disposizioni di cui al d. lgs. vo 118/2011.
- rilevazione contabile dei fatti gestionali nel piano dei conti: Quest'ultimo consente di rispettare i principi di perimetrazione delle entrate (ricavi) e delle uscite (costi), in ottemperanza a quanto richiesto dalla normativa, ed è stato opportunamente integrato mediante l'introduzione di conti che consentono l'effettuazione di rilevazioni contabili nel rispetto di quanto previsto dal decreto sulla certificabilità dei bilanci. (cfr. conto destinato ad accogliere gli "acconti FS" fino alla definizione del riparto).

Le Procedure Amministrativo Contabili della GSA

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.

Al fine di garantire il principio di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci tra le regioni, in attuazioni delle disposizioni del D.Lgs. 118/2011 sono state introdotte ulteriori innovazioni alla normativa sui seguenti versanti:

- a) nuova struttura del piano dei conti sia economici che patrimoniali - D.M. 15 giugno 2012 (adottati dalla Regione Molise con DCA 105 del 21 dicembre 2011 e n 48 del 10 ottobre 2012), richiedendo pertanto le necessarie modifiche al Piano dei Conti dell'ASREM ed ai modelli utilizzati per le riclassificazioni degli stessi;
- b) definizione degli schemi di CE ed SP e di nota integrativa (D.M. 20 marzo 2013);
- c) nuovi principi di valutazione delle poste contabili specifici del settore sanitario, disciplinate all'articolo 29 del D.Lgs. 118/2011, tra le quali si segnala l'introduzione di aliquote di ammortamento uniche su tutto il territorio nazionale; quest'ultime risultano per alcune categorie di beni più elevate rispetto a quelle vigenti precedentemente;
- d) particolari disposizioni contabili (c.d. "casistica applicativa"), adottate con D.M. 17 settembre 2012, tra le quali si evidenzia il trattamento contabile della sterilizzazione degli ammortamenti.

I rapporti con il Bilancio Regionale

La GSA ed il suo responsabile, in attuazione dell'art. 20 del D.Lgs. 118/2011, hanno trasmesso al Responsabile del bilancio regionale una rimodulazione dell'articolazione dei capitoli di entrata e di uscita del bilancio regionale destinati ad accogliere le risorse finanziarie della sanità, al fine di garantire un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale.

Di rilievo appare, quindi, la nuova disciplina inerente l'esatta perimetrazione, nel bilancio, delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario, per consentire la confrontabilità tra le entrate e le spese iscritte nel

bilancio regionale e le risorse indicate negli atti che determinano il fabbisogno sanitario della regione e che, correlativamente, ne individuano le fonti di finanziamento.

Inoltre, al comma 2 del citato art. 20, secondo il quale “per garantire effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria, le Regioni:

- a) Accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento sanitario corrente, ivi compresa la quota premiale condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, le quote di finanziamento sanitario vincolate o finalizzate, nonché gli importi delle manovre fiscali regionali destinate, nell'esercizio di competenza, al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard, come stimati dal competente Dipartimento delle finanze.
- b) Accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento del disavanzo sanitario pregresso.

Per l'esercizio 2016 la GSA ha fornito alla Corte dei Conti - Sezione Regionale di controllo per il Molise, i dati richiesti dal citato Organo di Controllo ai fini dell'istruttoria relativa al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Molise per l'esercizio finanziario anno 2016.

Fase delle entrate/ricavi

Il responsabile della GSA opera giornalmente il collegamento con l'Istituto Tesoriere per individuare l'ammontare e la natura delle risorse finanziarie presenti sul conto dedicato.

Le fasi successive sono le seguenti:

- Individuazione dell'elenco dei “provvisori di incasso”
- Stampa del movimento finanziario
- Controllo con i capitoli del bilancio regionale.

Qualora non fosse possibile individuare la natura della risorsa finanziaria, viene effettuata apposita richiesta ai Responsabili dei Servizi della Direzione Generale per la Salute al fine di ottenere le dovute informazioni;

- Collegamento con il sistema informatico per procedere alle operazioni finanziarie e contabili attraverso:
 - ACCERTAMENTO: indicazione del capitolo di entrata, descrizione analitica del provvisorio di entrata (numero – data – natura – importo);
 - Generazione della contabilità analitica attraverso l'inserimento della causale di collegamento del pertinente conto economico con il relativo capitolo di entrata (esempio: risorse afferenti alle vincolate – causale VINC);
 - GENERAZIONE REVERSALE DI INCASSO:
 - indicazione del capitolo di entrata;
 - collegamento con l'accertamento effettuato;
 - Generazione della contabilità analitica attraverso l'inserimento della causale di collegamento con il capitolo di entrata (esempio: risorse afferenti alle vincolate – causale VINC);
 - Generazione scrittura contabile;
 - Controllo scrittura contabile;
- Consolidamento del movimento e generazione della distinta associata;
- Invio della reversale all'Istituto tesoriere;
- Archiviazione delle distinte emesse.

Fase delle spese/costi

Il responsabile della GSA opera giornalmente il collegamento con l'Istituto Tesoriere per controllare l'ammontare delle risorse finanziarie presenti sul conto dedicato.

Le fasi amministrative della spesa sono di seguito delineate:

- Acquisizione degli atti amministrativi da parte delle strutture regionali della sanità.

La determina direttoriale è stata rimodulata nella parte finanziaria, rispetto al previgente modello, riportando la dicitura: “GSA – capitolo di bilancio - numero impegno – importo dell’impegno – data e firma del responsabile della GSA”.

La predetta procedura consente di assumere i relativi impegni da parte del responsabile della GSA – unico deputato a detta procedura :

- invio alla struttura proponente del relativo atto debitamente impegnato;
- ricezione da parte della GSA degli atti di liquidazione e pagamento;
- procedure controllo predisposizione del mandato di pagamento;
- trasmissione di copia del mandato di pagamento ai beneficiari e alle strutture della Direzione.

Le fasi finanziarie/contabili della spesa sono di seguito delineate:

- IMPEGNO: controllo inerente la capienza del capitolo di bilancio per l’assunzione dell’impegno;
- congruità della spesa con il capitolo di bilancio;
- generazione della contabilità analitica attraverso l’inserimento della causale di collegamento del pertinente conto economico con il relativo capitolo di spesa (esempio: risorse FS di parte corrente in acconto ad ASREM – AC/AS);
- generazione scrittura contabile;
- controllo scrittura contabile;

GENERAZIONE MANDATO DI PAGAMENTO:

- indicazione del capitolo di SPESA;
 - collegamento con l’impegno effettuato;
 - Generazione della contabilità analitica attraverso l’inserimento della causale di collegamento del pertinente conto economico con il capitolo di spesa (esempio: MPAYB = mandato di pagamento all’ASREM per somme relative a pay back);
 - Generazione scrittura contabile;
 - Controllo scrittura contabile;
 - generazione del mandato di pagamento;
- Consolidamento del movimento e generazione della distinta associata;
- Invio del mandato all’Istituto tesoriere;
- Archiviazione delle distinte emesse.

I rapporti con il terzo certificatore

L’articolo 22, comma 3, lettera d) del D.Lgs. 23.06.2011 n. 118 prevede la figura del “responsabile regionale per la certificazione”. La Regione Molise, con legge regionale 18 novembre 2014 n.17 ha provveduto ad individuare la figura del “responsabile regionale per la certificazione”, identificandolo con il Collegio dei revisori dei Conti, istituito con legge regionale 15 luglio 2013, n.6.

La GSA, in ottemperanza al disposto normativo il terzo certificatore ha provveduto ad effettuare le seguenti attività:

- verifica della regolare tenuta dei libri contabili;
- riconciliazione dei dati contabili con le risultanze del bilancio finanziario;
- verifica trimestrale di cassa;
- coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali con le risultanze della contabilità.

Attuazione del Percorso attuativo di Certificazione (PAC)

L’articolo 11 del “Patto per la salute” 2010-2012 (Rep.att. 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 14.02.2015, DCA 44 del 8 luglio 2015 “DCA n.3 del 14/2/2015” Piano attuativo della certificabilità (PAC) -Rettifica e integrazione DCA n. 13 del 25/6/201 DCA n.14 del 27/6/2013” Chiarimenti”, DCA n.16 del 8 marzo 2016 “Piano Attuativo della certificabilità (PAC) -Rettifica integrazione DCA n.3 del 14/2/2015”.

I rapporti con il sistema azienda

Ai fini del consolidamento è necessario mettere in atto alcune operazioni che comportano la quadratura tra i dati contabili dell'Azienda Sanitaria, della GSA e del Bilancio Regionale.

Le quadrature da verificare sono le seguenti:

Quadratura economica e patrimoniale dei contributi in conto esercizio (contributi indistinti, vincolati, finalizzati, extra-fondo, risorse regionali, ecc..)

- ✓ La quadratura economica prevede un allineamento tra:
 - I contributi indicati dall'Azienda Sanitaria e dalla GSA,
 - I contributi assegnati dalla Regione all'Azienda Sanitaria e alla GSA,
 - I contributi assegnati dal Ministero della Salute alla Regione,
 - Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale,
- ✓ La quadratura patrimoniale prevede un allineamento tra:
 - I crediti dell'Azienda Sanitaria verso la GSA,
 - I debiti della GSA verso l'Azienda Sanitaria,
 - I crediti della GSA verso lo Stato,
 - Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale, comprese le giacenze di cassa.

Quadratura economica e patrimoniale delle risorse regionali per il S.S.R. (le risorse regionali a garanzia delle prestazioni LEA e delle prestazioni extra - LEA)

- ✓ La quadratura economica prevede un allineamento tra:
 - I contributi indicati dall'Azienda Sanitaria e dalla GSA,
 - I contributi assegnati dalla Regione alla GSA,

- Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale,
- ✓ La quadratura patrimoniale prevede un allineamento tra:
 - I crediti/debiti dell'Azienda Sanitaria verso la GSA,
 - I debiti/crediti della GSA verso l'Azienda Sanitaria,
 - I crediti della GSA verso la Regione,
 - Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale, comprese le giacenze di cassa

Quadratura patrimoniale delle anticipazioni di FSR

- ✓ Riguarda i crediti della GSA verso l'Azienda Sanitaria, i debiti dell'azienda sanitaria verso la GSA, le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale

Quadratura patrimoniale della regolazione della mobilità interregionale

- ✓ La quadratura patrimoniale prevede un allineamento tra:
 - I crediti/debiti dell'Azienda Sanitaria verso la GSA,
 - I debiti/crediti della GSA verso l'Azienda Sanitaria,
 - I crediti della GSA verso lo Stato,
 - Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale.

Quadratura patrimoniale della regolazione della mobilità internazionale

- ✓ La quadratura patrimoniale prevede un allineamento tra i crediti e i debiti dell'Azienda verso lo Stato (come si evince dalla tabella 7. Crediti) del nuovo modello della Nota Integrativa) e le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale.

Quadratura patrimoniale del finanziamento del ripiano perdite

- ✓ La quadratura patrimoniale prevede un allineamento tra:
 - I debiti della GSA verso l'Azienda Sanitaria,
 - I crediti dell'Azienda Sanitaria verso la GSA,
 - Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale.

Quadratura patrimoniale dei finanziamenti in conto capitale

- ✓ La quadratura patrimoniale prevede un allineamento tra:
 - I crediti dell'Azienda Sanitaria verso la GSA,
 - I debiti della GSA verso l'Azienda Sanitaria,
 - I crediti della GSA verso lo Stato,
 - I crediti della GSA verso la Regione,
 - Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale

Quadratura economica e patrimoniale del pay-back farmaceutico

- ✓ La quadratura economica prevede un allineamento tra:
 - Il rimborso indicato nella GSA,
 - La comunicazione AIFA della quota di competenza regionale,
 - Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale,
- ✓ La quadratura patrimoniale prevede un allineamento tra:
 - I crediti della GSA verso le Aziende farmaceutiche,
 - Le iscrizioni nei capitoli del bilancio regionale

Infine in attuazione di quanto disposto dal Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 settembre 2012, negli atti di trasferimento delle risorse all'ASReM, la GSA provvede a indicare le scritture contabili da porre in essere.

Eventi contabili successivi all'approvazione del bilancio consuntivo GSA anno 2015

A seguito della riconciliazione dei crediti e debiti nei confronti dell'ASREM si è reso necessario adeguare i valori contabili della GSA si è proceduti, pertanto alla rimodulazione ex novo dei seguenti modelli economici del bilancio di esercizio anno 2016 della Gestione Sanitaria Accentrata già approvati con DCA n. 29 del 28/04/2017 :

- a) Stato Patrimoniale redatto secondo lo schema di cui all'art. 26, comma 3 del Decreto Legislativo n.118/2011;
- b) Conto Economico CE redatto secondo lo schema di cui all'art. 26, comma 3 del Decreto Legislativo n.118/2011;
- c) Rendiconto finanziario redatto secondo lo schema di cui all'art.26 , comma 3 del Decreto legislativo n. 118/2011;
- d) Modello LA consuntivo GSA – anno 2016
- e) Allegati al Modello LA consuntivo GSA -anno 2016
- f) Nota Integrativa
- g) Allegato 1 SP redatto ai sensi dell'articolo 26, comma 4 del Decreto legislativo n. 118/2011;
- h) Allegato 2 CE redatto ai sensi dell'articolo 26, comma 4 del Decreto legislativo n. 118/2011;
- i) Relazione sulla gestione sottoscritta dal Responsabile della GSA presso la Regione (cfr. comma 1, articolo 26 Decreto legislativo n. 118/2011).

Risultato di gestione del bilancio di esercizio consolidato

Il bilancio di esercizio anno 2016 consolidato è costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico, dal rendiconto finanziario e dalla nota integrativa, la citata documentazione contabile è stata predisposta secondo le disposizioni del D.Lgs. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto diversamente previsto dallo stesso D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione.

Conto Economico

Il Conto Economico evidenzia i seguenti dati contabili:

Il valore della produzione è pari a **€/000 730.489,00** (voce AZ999 del modello economico CE)

Tale valore è costituito dalle voci riassunte nella tabella di seguito riportata:

CODICE	VOCE MODELLO CE	GSA	ASREM	Consolidato
	A) Valore della produzione	€/000	€/000	€/000
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	118.012	503.905	621.917
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	-2.120	-2.120
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.773	7.680	9.453
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	80.432	11.847	92.279
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	118	2.127	2.245
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	-	4.510	4.510
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	-	1.563	1.563
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	-	642	642
AZ9999	Totale valore della produzione	200.335	530.154	730.489

I costi della produzione sono pari a **€/000 698.664,00**(voce BZ9999 del modello economico CE)

I costi della produzione si compongono delle seguenti voci:

CODICE	VOCE MODELLO CE	GSA	ASREM	Consolidato
	Costi della produzione	€/000	€/000	€/000
BA0010	Acquisti di beni	47	96.404	96.451
BA0390	Acquisti di servizi	156.586	206.225	362.811
BA1910	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	-	9.658	9.658
BA1990	Godimento di beni di terzi	-	2.276	2.276
BA2080	Costo del personale	-	181.404	181.404
BA2500	Oneri diversi di gestione	-	6.013	6.013
BA2570	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	-	-	-
BA2590	Ammortamento dei fabbricati	-	3.064	3.064
BA2620	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	-	2.898	2.898
BA2630	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-
BA2660	Variazione delle rimanenze	-	-809	-809
BA2690	Accantonamenti dell'esercizio	18.446	16.452	34.898
BZ9999	Totale costi della produzione	175.079	523.585	698.664

I proventi e gli oneri finanziari sono pari a €/000 -4.918,00

Stato patrimoniale

Lo Stato Patrimoniale si compone delle seguenti voci:

ATTIVO	VALORI €/000	PASSIVO	VALORI €/000
Immobilizzazioni	147.844,00	Patrimonio netto	118.352,00
Attivo circolante	509.423,00	Fondi per rischi e oneri	76.853,00
Ratei e risconti attivi	0,00	Trattamento fine rapporto	1.142,00
Conti d'ordine	73,00	Debiti	460.726,00
Totale	657.340,00	Ratei e risconti passivi	194,00
		Conti d'ordine	73,00
		Totale	657.340,00

Il bilancio di esercizio consolidato si è chiuso con un utile di esercizio pari a €/000 137,00

Il risultato d'esercizio è dato dal risultato d'esercizio positivo della GSA pari a €/000 23.317 e dal quello negativo dell'ASReM pari a € /000 -23.180

Il Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata

Dott. Michele Colitti


