



Regione Molise

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

Relazione del Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata
Bilancio Consolidato Consuntivo anno 2020

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).

GSA

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.

Attuazione del D.lgs. 118/2011" – Intervento "Realizzazione della contabilità della GSA con la contabilità della Regione"

La Regione Molise si è posta come obiettivo quello di continuare a consolidare il percorso già avviato di armonizzazione dei principi contabili e dei criteri di rilevazione per la redazione dei bilanci degli enti del proprio SSR. Nello specifico, ha avviato le attività di implementazione del sistema informativo al fine di garantire l'integrazione della contabilità della GSA con la contabilità del Bilancio regionale.

In particolare la GSA ha definito ed ha comunicato al Bilancio regionale la perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa afferenti la sanità, avendo cura di aggiornare la predetta perimetrazione in presenza di istituzione/variazione dei suddetti capitoli. In relazione, poi, a quanto richiesto dal Titolo I del D. Lgs 118/2011 è stata effettuata la suddivisione dei capitoli di entrata e di spesa del perimetro sanità.

Certificabilità dei bilanci del SSR (PAC)

Con l'adozione dei DCA n. 13/2013 e DCA n. 14/2013, la Regione Molise, al fine di perseguire l'obiettivo della certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR, ha adottato il PAC secondo quanto previsto dal DM 01.03.2013.

In seguito, in ragione delle osservazioni del Tavolo di verifica e monitoraggio degli adempimenti LEA del 18.12.2014, la Regione Molise con DCA n. 3/2015 "Approvazione del Piano Attuativo della certificabilità" ha adottato il nuovo Piano che recepisce quanto richiesto dal Tavolo.

In attuazione di quanto previsto dal PAC e dal relativo Cronoprogramma, approvato con DCA n. 16 del 08.03.2016, la GSA e l'ASReM hanno provveduto a predisporre le procedure amministrativo-contabili, nello specifico

Con delibera n. 612 del 30.06.2016 l'ASReM ha definito e adottato le seguenti procedure amministrativo-contabili:

- Gestione documentale;
- Gestione del Patrimonio;
- Gestione del Magazzino;
- Gestione Personale (dipendente e convenzionato);
- Gestione Acquisto Beni e Servizi;
- Disponibilità Liquide;
- Rilevazioni numerarie;
- Gestione del Contenzioso;
- Gestione Inventari;
- Prestazioni Sanitarie da Privato.

Con delibera n. 786 del 30.09.2016 l'ASReM ha definito e adottato le seguenti procedure amministrativo-contabili:

- Gestione Patrimonio Netto;
- Gestione Chiusure Contabili.

Con DCA n. 43 del 28.06.2016 sono state adottate le seguenti procedure amministrativo-contabili e linee guida riguardanti il PAC della GSA e del Consolidato regionale:

- Gestione Ciclo Attivo;
- Gestione Ciclo Passivo;

- Gestione Disponibilità Liquide;
- Linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA.
Con DCA n. 57 del 30.09.2016 sono state adottate le seguenti procedure amministrativo-contabili riguardanti il PAC della GSA e del Consolidato regionale:
- Riconciliazione CO. FI. – CO. EP;
- Gestione Chiusure contabili trimestrali;
- Predisposizione Bilancio d'esercizio e Bilancio Consolidato.

Per l'attuazione dei PAC, la Regione Molise ha sottoscritto, in data 24 giugno 2020, con la RTI EY Advisory S.p.A. il contratto per l'esecuzione dei servizi di consulenza direzionale ed operativa previsti dall'accordo di programma tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e della Regione Molise, in attuazione dell'art. 79, comma 1 sexies, lettera c), del DL 112/2008, convertito nella legge 133/2008 con la società aggiudicataria. L'atto di avvio formale delle attività è datato 3 novembre 2020.

Rapporti con gli erogatori privati

La Regione Molise con Decreto del Commissario ad Acta n. 56 del 30/09/2020 ha definito i livelli massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 8-sexies del D.Lgs 502/92 e s.m.i. erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'anno 2020 ai sensi della normativa di riferimento.

Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 40/2019 "D.L. n. 66/2014 il DPCM del 14 novembre 2014. "Beni e Servizi". Costituzione gruppo di lavoro e predisposizione procedure operative" è stato istituito un gruppo di lavoro con il compito di valutare ed individuare misure specifiche volte alla gestione efficiente dei processi di acquisizione di beni e servizi.

Il predetto gruppo di lavoro composto dal Direttore Generale per la Salute della Regione Molise, dal Direttore del Servizio Centrale Unica di Committenza della Regione Molise, dal Direttore Amministrativo dell'ASReM e dal Direttore dell'UOC "Acquisizioni beni e servizi" con specifica competenza in materia di monitoraggio acquisti di "beni e servizi" del settore sanitario ha effettuato in modo puntuale una ricognizione dei contratti attivi presso l'Azienda sanitaria regionale, le gare da effettuare, le aggregazioni con le centrali di committenza di altre regioni per l'acquisto di beni e servizi, avendo, quale principale priorità, il rafforzamento delle iniziative rivolte al contenimento della spesa sanitaria.

Criteri generali

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio consuntivo esercizio 2020 della Gestione Sanitaria Accentrata, è predisposta secondo le disposizioni del D. Lgs. 118/2011 e del Codice Civile ed i Principi Contabili Nazionali.

In attuazione alle seguenti intese, che definiscono l'ammontare delle somme del FSN a disposizione della Regione Molise, si è stabilito il riparto tra la GSA e l'ASReM:

- 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 2020 (rep. atti n.55/CSR del 31/03/2020);
- 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 2020 (rep. atti n. 57/CSR del 31/03/2020).

Il finanziamento del fondo sanitario indistinto di parte corrente è esplicitato nella seguente tabella:

Regioni	Fibrosi cistica	Riparto quota per concorso a rimborso della spesa per acquisto di vaccini inclusi nel NPNV	Riparto quota per concorso a rimborso di oneri per processi di assunzione e stabilizzazione di personale del SSN	Finanziamento per abolizione quota ricetta	Totale indistinto comprensivo di Fibrosi cistica + vaccini + stabilizzazioni+ al netto delle entrate proprie	Quote premiali 2020	TOTALE
MOLISE	23.405	954.542	769.792	561.126	567.892.371	9.820.223	577.712.593

In applicazione di quanto previsto dall' articolo 1, comma 560, della legge 23 dicembre 2014 n. 190, (Legge di stabilità 2015), importo del Fondo Sanitario Regionale 2020 ricomprende i finanziamenti già previsti dalla legge 31 marzo 1980 n. 126 in materia di "Indirizzo alle regioni in materia di provvidenza in favore degli hanseniani e loro familiari", dalla legge 27 ottobre 1993 n.433, in materia di "Rivalutazione del sussidio a favore degli hanseniani e loro familiari", dalla Legge 5 giugno 1990, n. 135 in materia di "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l' AIDS". dall'articolo 5, comma 16, del decreto legislativo 16 luglio 2012, n. 109 in materia di "Attuazione della direttiva 2009/52/CE che introduce norme minime relative a sanzioni e a provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare", e dall' articolo 3 della legge 14 ottobre 1999, n.362 recante "Disposizioni urgenti in materia sanitaria per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica", da ripartire con i criteri di riparto già adottati in passato.

Le predette risorse vincolate vengono scorporate dal Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2020, nella considerazione che, per le somme in parola, 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
708	QUOTA STATALE A TITOLO DI SOCCORSO GIORNALIERO AGLI INFERMI HANSENIANI E LORO FAMILIARI A CARICO	18.636,00	32400	SUSSIDIO SOGGETTI HANSENIANI E LORO FAMILIARI	18.636,00
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
7009	FIBROSI CISTICA	23.405,00	34098	PREVENZIONE E CURA DELLA FIBROSI CISTICA	23.405,00
7083	GIOCO D'AZZARDO	256.597,00	36404	GIOCO D'AZZARDO	256.597,00
ENTRATE	TOTALE	1.238.631,00	SPESA	TOTALE	1.238.631,00

I Contributi F.S.R vincolato

I Contributi F.S.R vincolato assegnati alla Regione Molise per l'anno 2020 sono pari a € 11.026.873,77.

Nello specifico la voce comprende:

- € 5.807.671,00 quale valore relativo agli Obiettivi di PSN 2020 come da Intesa 56/CSR del 31 marzo 2020;
- € 3.061.425 quale valore relativo ai farmaci innovativi ed innovativi oncologici 2020 come da Decreto Ministeriale 16 febbraio 2018 pubblicato in G.U. Serie generale n. 881 del 7 aprile 2018 (Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017);
- per € 970.108 quale valore relativo alla Penitenziaria come da Intesa 55/CSR del 31 marzo 2020;
- per € 650.323 quale valore relativo alle Borse di studio MMG 2020 come da Intesa 55/CSR del 31 marzo 2020;
- per € 285.396 quale valore relativo al superamento OPG 2020 come da Intesa 55/CSR del 31 marzo 2020;
- per € 30.848 quale valore relativo alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica MMG 2020 come da Intesa 184/CSR del 5 novembre 2020;
- per € 55.263 quale valore relativo all'esenzione percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000 euro 2020 come da Intesa 160/CSR del 24 settembre 2020;
 - per € 165.849 quale valore relativo allo Screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus HCV (art. 25-sexies, del D.L. 162/2020) 2020 come da Intesa 226/CSR del 17 dicembre 2020.

La Tabella "C" della richiamata intesa n. 55/CSR/2020 riporta i valori di mobilità interregionale per l'anno 2020 come di seguito rappresentato:

Mobilità 2020 (Crediti mobilità interregionale)	Mobilità 2020 (Debiti mobilità interregionale)	Mobilità internazionale 2020	Saldo Mobilità 2020
104.501.918	70.805.594,07	-309.686,49	33.386.637,30

Con riferimento all'emergenza Covid-19, i contributi assegnati alla Regione Molise pari a complessivi 20.742.870,48, si compongono come di seguito:

- art. 1 (commi 1, lett. a e 6), 2, 5, ed 8 del D.L. 14/2020, pari a € 3.410.951;
- art. 1 comma 1 del D.L. 18/2020, art. 1, comma 2 del D.L. 18/2020, art. 3 commi 1, 2 e 3 del D.L. 18/2020 pari a € 3.876.081;
- art.1 commi 2,3,4,5,6,7,8 e 9 del D.L. 34/2020, potenziamento Rete Territoriale, pari a € 8.789.904;
- art. 2 del D.L. 34/2020, incremento personale rete ospedaliera, pari a € 2.211.741;
- Art. 29 del D.L. 14 agosto 2020 n. 104 - Allegato B - Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa pari a € 2.454.194;

Con l'adozione del DCA n. 62 del 15/06/2021 è stato definito il riparto del Fondo Sanitario Regionale anno 2020 tra GSA e ASReM come di seguito si riporta:

ASREM - quota F.S.R. di parte corrente - anno 2020	481.506.773,00
ASREM - risorse covid 19 (DL 14/2020, DL 34/2020, DL 104/2020)	18.508.851,00
GSA — quota F.S.R. di parte corrente — anno 2020	96.205.820,00
GSA – Risorse Covid 19 (DL 14/2020, DL 34/2020, DL 104/2020)	2.234.019,00
TOTALE	598.455.463,00

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. n° 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 Amministrative 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.

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.

Risultato di gestione del bilancio di esercizio

Il bilancio di esercizio anno 2020 della GSA è costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico, dal rendiconto finanziario e dalla nota integrativa ed è stato predisposto secondo le disposizioni del D.Lgs. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione.

Lo stato patrimoniale, il conto economico, il rendiconto finanziario e la nota integrativa sono stati predisposti in centesimi di euro .

La GSA non ha movimentato poste di bilancio relative a:

- Immobilizzazioni immateriali;
- Immobilizzazioni materiali;
- Titoli;
- Partecipazioni;
- Rimanenze;
- Ratei e risconti;
- Premio Operosità Medici SUMAI;
- TFR;
- Imposte sul Reddito;
- Conti d'ordine.

Ricavi

I ricavi della produzione della GSA (voce di CE AZ9999) pari € 220.300.604,75, si compone dei seguenti valori:

Alla voce di CE AA0030 è stata contabilizzata la quota del fondo sanitario indistinto relativa al finanziamento della spesa sanitaria corrente per un importo pari a € 98.439.839,01.

Alla voce CE AA0040 è stato appostato il valore € 3.401.782,05 quali risorse vincolate di cui:

- Quota di riparto degli Obiettivi di PSN 2020 per € 2.269.374,98, come da Intesa 56/CSR del 31 marzo 2020
- Borse di studio MMG 2020 come da Intesa 55/CSR del 31 marzo 2020 per € 650.323;
- Superamento OPG 2020 come da Intesa 55/CSR del 31 marzo 2020 per € 285.396;
- Ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica MMG 2020 come da Intesa 184/CSR del 5 novembre 2020 per € 30.848;
- Screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus HCV (art. 25-sexies, del D.L. 162/2020) 2020 come da Intesa 226/CSR del 17 dicembre 2020 per € 165.849;

I Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA sono stati stimati nella misura di € 18.094.000 e riclassificati nella voce AA080 del modello CE.

Sono stati contabilizzati i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva) e internazionale, nella misura di **€ 98.001.917,86 (voce CE AA0610)** Il predetto valore è stato riclassificato nelle seguenti voci:

CODICE	DESCRIZIONE	IMPORTO
AA0610	A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	98.001.917,86
AA0620	A.4.B.1) Prestazioni di ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	55.511.925,69
AA0630	A.4.B.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	26.933.738,71
AA0631	A.4.B.3) Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-
AA0640	A.4.B.4) Prestazioni di File F da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	6.122.975,23
AA0650	A.4.B.5) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	9.433.278,23

Costi

I costi della produzione (voce di CE BZ9999) sono pari ad € 196.446.873,56 i cui valori macroaggregati sono di seguito esposti:

CODICE	DESCRIZIONE	IMPORTO
BA0010	B.1) Acquisti di beni	5.368,00
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	169.237.378,36
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	27.204.127,20
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	196.446.873,56

La voce BA0010 "Acquisti di beni" i seguenti valori:

Nella Voce BA0350 del CE è contabilizzato l'acquisto di beni non sanitari - ricettari medici, con un valore stimato di €5.368.

Acquisti di servizi sanitari (Voce di CE BA0390) pari a € 169.237.378,36

Tale voce si compone tra l'altro, i valori c.d. *mobilità passiva* le cui appostazioni contabili per un totale pari ad € 70.805.594,07 sono state classificate nelle voci di CE come di seguito specificato:

CODICE	DESCRIZIONE	IMPORTO
<i>BA0480</i>	<i>B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale</i>	3.296.597,83
<i>BA0520</i>	<i>B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)</i>	3.946.383,01
<i>BA0560</i>	<i>B.2.A.3.5) - da pubblico (Extraregione)</i>	7.100.773,92
<i>BA0830</i>	<i>B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)</i>	44.504.555,84
<i>BA0990</i>	<i>B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)</i>	4.844.260,13
<i>BA1060</i>	<i>B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione)</i>	3.905.031,19
<i>BA1120</i>	<i>B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione)</i>	3.207.992,15
Totale		70.805.594,07

I rimborsi a società partecipate espone il contributo per l'ARPAM nella misura di **€ 6.000.000,00** (voce di CE BA1310)

Risultato d'esercizio

Il risultato d'esercizio (voce di CE ZZ9999) è pari a € 26.185.522,44

ASREM

Premessa

L'esercizio 2020 è stato fortemente caratterizzato dall'avvento della pandemia da Covid 19.

Le attività della governance aziendale, come meglio descritto nelle pagine seguenti, sono state influenzate in modo significativo da tale straordinario evento, che, dopo una prima fase, che in Molise è stata piuttosto contenuta e controllata, avvenuta tra febbraio e marzo 2020 ed un indebolimento durante il periodo estivo, ha avuto una significativa recrudescenza a partire dall'autunno, con lo scoppio della cosiddetta seconda ondata, che ha impattato fortemente sulle attività dell'Azienda sanitaria e, di conseguenza, sui relativi dati economici.

Emergenza Covid-19

Con Delibera del Consiglio dei Ministri del 31/01/2020 è stato dichiarato su tutto il territorio nazionale lo “stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”.

Sull'intero territorio nazionale si è disposto, infatti, l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva e sono state diramate linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della Salute per i pazienti affetti da COVID-19.

È stata, inoltre, prevista la rapida attivazione di aree sanitarie temporanee, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di ricovero, cura, accoglienza ed assistenza per i pazienti affetti da COVID-19, anche in assenza di tutti i requisiti di accreditamento validi in condizioni ordinarie.

In tale ottica, sin dalle prime fasi della pandemia, lo scenario epidemiologico emergente ha imposto all'Azienda l'attuazione tempestiva di misure straordinarie finalizzate, al:

- contenimento dell'impatto sul sistema ospedaliero di un potenziale iper-afflusso di casi Covid-19 ad elevata complessità clinica tali da richiedere l'ospedalizzazione in area critica e non critica;
- contrasto del fenomeno del possibile sovraffollamento dei Pronto Soccorso del PO Cardarelli e degli ospedali Spoke;
- mantenimento dei Livelli essenziali di assistenza e del trattamento delle patologie tempo-dipendenti.

L'Azienda ha disposto, pertanto, appropriate misure organizzative prevedendo, nell'ambito di una riorganizzazione straordinaria dell'intero sistema ospedaliero, l'attivazione di posti letto dedicati di Terapia Intensiva, Sub-intensiva e Malattie Infettive presso l'ospedale HUB di Campobasso.

L'emergenza ha comportato uno sforzo organizzativo relevantissimo, in termini di personale e mezzi.

Il contesto emergenziale iniziale, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, ha imposto l'assunzione immediata di iniziative di carattere straordinario ed urgente finalizzate soprattutto ad acquisire la disponibilità di personale, beni e servizi, individuando altresì idonee procedure amministrative di carattere informativo e di tempestivo intervento nell'ambito della definizione di un quadro di misure operative, anche strutturali, di carattere preparatorio per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di pregiudizio per la collettività.

La gestione della pandemia ha notevolmente inciso sugli acquisti per i dispositivi di protezione, le assunzioni di personale oltretutto i servizi non sanitari quali la sanificazione, i trasporti, lo smaltimento rifiuti.

Oltre all'incremento dei costi, direttamente collegato all'emergenza Covid, l'avvento del Covid ha determinato una riduzione delle prestazioni ordinarie e, dunque, della mobilità attiva per il blocco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, nonché per il blocco dell'attività chirurgica programmata.

L'assunzione di personale sanitario è stata fin dall'inizio della pandemia, una delle priorità della ASREM che si è attivata attraverso tutti gli strumenti forniti dalla normativa emergenziale al fine di assumere medici, infermieri e OSS.

In riferimento all'attuazione delle misure di prevenzione/protezione della salute degli operatori, con particolare riferimento alla dotazione di DPI a norma di legge, l'ASREM ha provveduto ad effettuare preliminarmente una puntuale rilevazione di volumi e tipologia dei DPI in dotazione presso i magazzini delle farmacie territoriali ed ospedaliere nonché una minuziosa ricognizione relativa alle dotazioni già disponibili presso ogni singola UO/Servizio aziendale.

All'esito di tale articolata procedura, definito il fabbisogno, sono state attivate le procedure per l'approvvigionamento, sia dirette, come previste dalla vigente normativa, che indirette, mediate dal Dipartimento di Protezione Civile.

Altro aspetto di particolare impatto è rappresentato dall'effettuazione dei tamponi naso orofaringei.

Questi ultimi rappresentano il principale e più affidabile strumento diagnostico, essendo in grado di rilevare il genoma (RNA) del virus SARS-Cov2 nel campione biologico attraverso il metodo RT-PCR.

Il Laboratorio analisi del P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso ha tempestivamente attivato la procedura per l'accreditamento come centro Hub presso l'ISS, implementando successivamente tutte le attività correlate alla diagnostica per il SARS-Cov2, attraverso un percorso di assessment logistico-procedurale-organizzativo, che ha portato ad un progressivo upgrade della capacità analitica fino agli attuali livelli di performance.

Analogamente, per quanto attiene ai farmaci (antivirali, antibiotici, antinfiammatori, anticoagulanti, anticorpi monoclonali, etc.) ed altri presidi, la UO Governance del Farmaco ha regolarmente garantito alle strutture sanitarie il tempestivo approvvigionamento.

La diffusione del SARS-Cov2 ha impattato anche sull'assetto organizzativo della componente amministrativa aziendale, per la quale sono state introdotte misure quali lo smart working, nonché ulteriori interventi volti al contenimento del rischio di contagio.

La pandemia da Coronavirus ha posto e porrà le aziende sanitarie di fronte a nuove criticità e tra queste una di quelle certamente più impicanti e delicate è rappresentata dai potenziali profili di responsabilità a carico delle strutture sanitarie per le infezioni da Coronavirus contratte presso le strutture stesse.

Coerentemente con la disciplina della responsabilità medica, civile e penale del nostro ordinamento, alla luce della legge 8 marzo 2017, n. 24 e considerato che attualmente le linee guida e le buone pratiche per il contrasto del Covid-19 sono regolarmente approvate dall'ISS, l'attenzione dell'azienda è stata costantemente rivolta alla predisposizione ed implementazione di linee guida/ best practices/raccomandazioni/istruzioni operative di comprovata efficacia con programmi di controllo infettivo basati sulla diffusione delle buone pratiche correlate alla prevenzione e al controllo delle infezioni (adozione delle precauzioni standard e delle precauzioni di isolamento specifiche aggiuntive, azioni di sostegno per la compliance all'igiene delle mani, alla sanificazione, alla disinfestazione e sterilizzazione, ecc.).

Con atto deliberativo n. 31 del 13/03/2020 e con atto deliberativo n. 55 del 18/03/2020 è stato predisposto ed approvato il Piano Aziendale per la gestione dell'emergenza Coronavirus, prevedendo la strutturazione di un Hub Centrale presso il P.O. "A. Cardarelli", con all'interno la struttura dedicata alla cura dei pazienti covid, e due presidi spoke in appoggio su Termoli ed Isernia.

La struttura Commissariale con DCA n. 22 del 26/03/2020 ha preso atto ed approvato le delibere aziendali sopra richiamate.

La pianificazione delle azioni organizzativo-gestionali previste dal Piano Aziendale per la gestione dell'emergenza Coronavirus di cui alla DDG n. 31 del 13.03.2020 e dal Piano Integrativo organizzativo dei posti letto per l'emergenza Covid-19 di cui alla DDG n.55 del 18.03.2020, per ognuna delle fasi dell'emergenza, è stata finalizzata alla ottimizzazione delle cure cliniche, tenendo conto delle risorse a disposizione, allo scopo di ridurre l'impatto dell'epidemia sui servizi sanitari e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali ed il trattamento delle patologie tempo-dipendenti.

Il modello organizzativo aziendale, coerentemente con la normativa vigente, ha previsto sin dall'inizio la riconversione parziale di tale struttura ospedaliera, DEA di I livello, dotata di PL di malattie infettive dedicata contemporaneamente alla gestione di patologie COVID-19 e all'assistenza della patologia non-COVID all'interno della rete dell'emergenza, con separazione dei percorsi e la centralizzazione al P.O. Cardarelli di tutta la casistica ospedaliera sintomatica.

Le ragioni di tale scelta risiedevano nella considerazione che l'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso è sede di DEA di I livello e, quindi, dotato di tutte le discipline specialistiche e di supporto necessarie a supportare le necessità attinenti all'assistenza dei pazienti affetti da Covid 19 e disponeva, già prima dell'esordio della pandemia, di strutture specificamente destinate all'isolamento dei pazienti contagiosi presso la Unità Operativa di Malattie Infettive e presso la Unità Operativa di Terapia intensiva.

Nel prosieguo della evoluzione dell'epidemia, si è reso necessario potenziare i servizi di terapia intensiva ed implementare i posti letto di terapia sub-intensiva, riconvertendo alcune degenze ordinarie in degenze specifiche per ricoverati COVID positivi, nell'ambito di una riorganizzazione complessiva dell'Ospedale, che ha determinato l'integrazione delle attività di DEA di I livello (reti tempo-dipendenti, percorso nascita, etc.) con quelle relative agli specifici bisogni assistenziali dei pazienti COVID-19.

Per realizzare quanto sinteticamente descritto sono state predisposte e realizzate aree e percorsi differenziati e nettamente separati per i pazienti COVID e no-COVID e definite procedure organizzative per garantire in sicurezza le attività no-COVID (rianimazione, emergenze chirurgiche, percorso nascita, patologie tempo-dipendenti, dialisi, chemioterapia, etc.), ivi compresa la previsione del trasferimento secondario presso le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione no-COVID dei presidi aziendali Spoke (Termoli ed Isernia) dei pazienti no-covid bisognosi di tale tipologia di assistenza.

Successivamente con D.L. 34/2020 (Decreto Rilancio), convertito in legge n. 77 il 17 luglio 2020, è stato previsto il potenziamento delle strutture di terapia intensiva e sub-intensiva sul territorio nazionale attraverso, nello specifico, lavori infrastrutturali di adeguamento dei presidi ospedalieri, approvvigionamento delle apparecchiature necessarie ad attrezzare i posti letto e reclutamento del personale.

La Struttura Commissariale del Molise, con DCA n. 48 del 14.07.2020, ha quindi varato il "Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera per emergenza COVID 19", successivamente approvato con Decreto del Ministero della Salute.

A seguito della comparsa dei casi di infezione da virus SARS-CoV2, la ASREM ha provveduto ad adottare tutti i provvedimenti necessari per informare, coordinare e supportare l'attività del personale sanitario dipendente, dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, altri enti ed erogatori sanitari e sociosanitari pubblici e privati.

Il Dipartimento di Prevenzione, attraverso i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica ha svolto un ruolo fondamentale per la sorveglianza delle nuove infezioni e l'interruzione della catena di trasmissione del virus. Nella fase 1 della pandemia da COVID-19 la capacità di risposta dei SISP è stata notevolmente rafforzata anche grazie al contributo di professionisti provenienti dai diversi Servizi del Dipartimento.

In tal modo, i servizi territoriali hanno potuto garantire le attività necessarie come: il contact tracing, le indagini epidemiologiche, la sorveglianza sanitaria per i casi positivi e per i loro contatti, l'informazione costante ai

cittadini attraverso un servizio telefonico dedicato, la richiesta di tamponi, la gestione della piattaforma informatica per la raccolta dei dati, la comunicazione con i medici di medicina generale (MMG) e con le amministrazioni locali, la gestione delle segnalazioni, l'assistenza a domicilio per l'effettuazione dei tamponi.

Ulteriori professionalità e competenze diverse sono state necessariamente acquisite dall'esterno.

Durante il primo mese della fase emergenziale, sia nell'ambito dello scenario generale nazionale che regionale, è emersa la particolare situazione di vulnerabilità degli ospiti ricoverati nelle numerose case di riposo, case albergo, Residenze Sanitarie Assistenziali che, rappresentando strutture importanti e fragili nella dinamica dell'epidemia, sono state sin ad subito fonte di estrema preoccupazione e oggetto di costante attenzione e controllo da parte dell'Azienda.

Asrem ha assicurato la predisposizione di specifiche procedure, la fornitura di DPI per garantire la sicurezza dopo i riscontri di casi positivi, il supporto metodologico, organizzativo e logistico nella attuazione delle misure di isolamento dei residenti, l'esecuzione dei test diagnostici, la disponibilità di strutture aziendali dotate dei requisiti logistici necessari per l'attuazione delle misure igienico-sanitarie necessarie nonché l'invio di personale dipendente, sanitario e sociosanitario, ivi compresa una equipe itinerante di specialisti infettivologi, in tutte le situazioni di dichiarata incapacità da parte delle strutture, evidentemente colte impreparate a garantire la continuità assistenziale a disabili, anziani non autosufficienti, persone in condizioni di fragilità sociale ed economica.

Campagne di screening con test sierologici, antigenici e molecolari su target di popolazione specifici (forze dell'ordine, ospiti case di riposo, centri di accoglienza, RSA, personale docente e non docente, etc.) sono state altresì garantite con l'utilizzo di risorse interne.

Inoltre, considerata l'urgente necessità di fronteggiare le criticità emergenti relative alla necessità di accogliere ed assistere in sicurezza pazienti Covid-19 positivi a bassa intensità, asintomatici o paucisintomatici, non autosufficienti o in condizioni di fragilità socio-economica, in strutture extra ospedaliere dotate di idonei requisiti strutturali, logistici ed organizzativi e di personale qualificato e formato, l'ASREM, con un grande e tempestivo sforzo organizzativo, ha ampliato la recettività degli Ospedali di Comunità di Larino e Venafrò, mettendo a disposizione posti letto dedicati ed isolati, senza peraltro determinare interferenze sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista dell'assistenza alberghiera, con altri ospiti e personale delle stesse strutture residenziali e salvaguardando tutti gli aspetti di sicurezza previsti.

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente, in primis con DDG n. 75 del 26.03.2020, visto l'articolo 8 del D.L. n.14 del 9.03.2020, sono state istituite le UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (USCA) per la gestione dei pazienti affetti da COVID -19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Le Unità Speciali sono costituite da medici titolari o supplenti di continuità assistenziale, medici che frequentano il corso di formazione specifica in Medicina Generale e in via residuale laureati in medicina e chirurgia iscritti all'ordine di competenza.

Ai medici USCA, previa formazione specifica su protocolli operativi, procedure per le precauzioni standard e per la prevenzione del contagio, sono affidati esclusivamente i pazienti risultati positivi al test molecolare per la ricerca di SARS COV2 che non richiedono l'ospedalizzazione e quelli in dimissione dall'ospedale, che tuttavia sono ancora positivi al virus.

L'ASREM ha infine provveduto alla costituzione di equipe infermieristiche territoriali, opportunamente formate, incaricate dell'effettuazione dei prelievi per accertamento COVID-19 in ambito extraospedaliero.

L'EQUILIBRIO DI BILANCIO

L'esercizio 2020 si è chiuso con una perdita di € 49.339.619,56.

In riferimento ai singoli aggregati di costo si precisa quanto segue.

Acquisti di beni e servizi - Nell'anno 2020 l'ASREM ha proseguito nelle iniziative mirate sia alla verifica dell'appropriatezza dei consumi e dell'erogazione dei servizi, sia, ove possibile, alla riduzione dei prezzi di acquisto. Si rinvia a quanto dettagliatamente riportato nella sezione appositamente dedicata della presente relazione.

Spesa per il personale - Con l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n.301 del 27.03.2018 è stata approvata la dotazione organica complessiva del personale dipendente A.S.Re.M. e, a seguito della determinazione dei posti coperti e vacanti al 1° luglio 2018, con deliberazione n. 1014 del 04/10/2018 è approvato il piano assunzionale, determinato in osservanza dei limiti di spesa programmati per l'anno 2018 e 2019.

A seguito di rilascio di autorizzazioni ad assunzioni a tempo indeterminato di cui alla nota prot.58608 del 14/07/2017 della Direzione Generale per la Salute, l'ASREM ha dato avvio a procedure di assunzioni tramite l'istituto della mobilità, procedure di stabilizzazione e procedure concorsuali di personale come di seguito complessivamente riepilogato per l'esercizio 2020:

Focus Assunzioni ASReM anno 2020		
AREA CONTRATTUALE	PROFILO PROFESSIONALE	UNITA'AS SUNTE
Comparto	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	4
	COLL.PROF.LE SANITARIO TS AUDIOMETRISTA	3
	COLLAB.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA	4
	COLLAB.PROF.SAN. TEC.PREV.AMB.LUOG.LAV.	5
	COLLAB.PROF.SAN. TS LABORATORIO BIOMED.	8
	COLLAB.PROF.SAN. TS RADIOLOGIA MEDICA	8
	COLLAB.PROF.SAN.TECNICO DI NEUROFISIO	1
	COLLAB.PROF.SANITARIO INFERMIERE	135
	COLLAB.PROF.SANITARIO OSTETRICA	7
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	1
	COLLABORATORE TECNICO PROF.LE	2
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	7
	TECNICO DELLA RIAB.PSICHIATRICA	1
Comparto Totale		186
Dirig.Medico/Veterinaria	DIRIGENTE MEDICO	51
Dirig.Medico/Veterinaria Totale		51
Dirig.Sanitaria non medica	DIRIGENTE SANITARIO BIOLOGO	2
	DIRIGENTE SANITARIO FARMACISTA	2

	DIRIGENTE SANITARIO PSICOLOGO	1
Dirig.Sanitaria non medica Totale		5
Totale Assunzioni T.I.		242

Tuttavia, a causa soprattutto della carenza di Sanitari Specialisti e, quindi, delle difficoltà nel reclutamento di personale, il fabbisogno previsto non è stato pienamente soddisfatto. Tale circostanza, unitamente alle fisiologiche cessazioni in ragione dell'età di pensionamento nonché dell'avviato riordino delle Unità operative, ha determinato una ulteriore riduzione in termini economici della spesa del personale rispetto all'anno precedente, rimanendo ben al di sotto della previsione di costo 2020:

ANNO 2020 (1)	ANNO 2019 (2)	DIFFEREN ZA (1-2)	BILANCI O DI PREVISIO NE 2020 (3)	DIFFERENZ A (1-3)
168.339	173.930	-5.591	171.151	-2.812

VALORI IN €/000

Assistenza farmaceutica - La razionalizzazione della spesa farmaceutica è proseguita nel corso dell'anno 2020 attraverso il rafforzamento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto e di farmaci biosimilari, la revisione periodica del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) e del processo decisionale di aggiornamento (farmaceutica ospedaliera) e attraverso il monitoraggio dell'attività prescrittiva, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, gli interventi per obiettivi di appropriatezza clinica, gli incentivi per la prescrizione di farmaci equivalenti, la prosecuzione dell'acquisizione diretta di ossigeno medicinale (farmaceutica territoriale/convenzionata). Si rinvia a quanto dettagliatamente riportato nella sezione appositamente dedicata della presente relazione.

L'erogazione dei LEA

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 affida la Verifica degli Adempimenti, cui sono tenute le regioni, al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA) che congiuntamente al Tavolo di verifica degli adempimenti, consente alle regioni coinvolte (sono escluse: la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010) di accedere alla quota premiale¹ del 3% (per le regioni adempienti nell'ultimo triennio la quota è pari al 2%) delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie.

La certificazione degli adempimenti avviene mediante la documentazione richiesta appositamente alle regioni attraverso un questionario ed un'analisi della stessa integrata con informazioni già disponibili presso il Ministero della Salute e Aifa. La certificazione è effettuata dai componenti del Comitato LEA che stabiliscono annualmente gli adempimenti e i relativi criteri di valutazione. Il lavoro istruttorio viene condotto dagli uffici del Ministero, Aifa e Agenas, competenti nelle materie degli adempimenti, e successivamente esaminato e

convalidato dai componenti del Comitato LEA. Prima della conclusione dell'intera procedura, è previsto un confronto interattivo con i rappresentanti regionali.

Nello specifico, la certificazione dell'adempimento relativo all'area "mantenimento nell'erogazione dei LEA" avviene attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. Griglia LEA) che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza.

La Griglia LEA si propone pertanto come un valido strumento capace di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dall'altro canto ne evidenzia i punti di forza rappresentando, quindi, un adeguato strumento di supporto e di ausilio alle istituzioni politiche e programmatiche sia del livello nazionale che regionale e locale per interventi puntuali e per decisioni di maggiore efficacia.

Alla base dell'attività di monitoraggio, la cornice di riferimento per la raccolta dei dati e delle informazioni sanitarie è costituita dal patrimonio informativo reso disponibile nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e dalle metodologie di supporto alla lettura dei dati ed alla comprensione dei fenomeni sanitari, consolidate nell'ambito del Sistema nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SiVeAS).

La verifica sintetica dell'adempimento sul "mantenimento dei LEA" avviene attraverso la raccolta ed elaborazione di un set di indicatori selezionati appositamente dai rappresentanti del Comitato LEA con il fine di conoscere l'erogazione dei livelli di assistenza sul territorio nazionale ed evidenziare le eventuali criticità. Con DPCM del 12 gennaio 2017, sono state introdotte modifiche alle prestazioni essenziali previste e da dover garantire alla popolazione.

Ciò è ricompreso nelle linee di programmazione e d'attuazione del nuovo Atto aziendale dell'ASReM, adottato con Provvedimento DG n. 301 del 27-03-2018 ratificato con DCA n.39 dell'11/04/2018. L'Atto Aziendale rimodula la complessiva organizzazione delle strutture aziendali anche in funzione della necessità di dover garantire con maggior accuratezza i Livelli Essenziali d'Assistenza di diretta competenza ASReM.

L'Azienda sta cercando di riorganizzare e di affinare la propria capacità di risposta ai bisogni di salute attesi da questa disposizione rivedendo le modalità di erogazione di alcune prestazioni sanitarie al fine di ridurre l'inappropriatezza, riconvertendo le strutture ospedaliere in territoriali, potenziando i servizi di assistenza territoriale.

L'Azienda ha proceduto nel corso del 2020 al rafforzamento di strumenti e metodologie per le iniziative dirette alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni anche attraverso l'analisi dei fabbisogni.

Con l'Atto Aziendale è stata realizzata una riorganizzazione "straordinaria" della rete dei servizi sanitari regionali che rappresenta una importante sfida organizzativa e che ha prodotto un'operazione di reengineering care processes finalizzata al miglioramento dei servizi offerti dalle macro-reti assistenziali e all'abbattimento dei costi sostenuti per il pareggio di bilancio, nella cornice del macro obiettivo di uscire dal commissariamento e dal Piano di rientro.

Nel corso del 2020 è proseguita la riorganizzazione dell'area organizzativa / gestionale di supporto al fine di

ricondere all'interno di una "governance" unica le numerose azioni volte alla implementazione di nuovi setting di cura intermedi e di transizione tra assistenza per acuti e domicilio, spostando il baricentro della risposta sanitaria dall'ospedale al territorio, in un'ottica di interattività e integrazione della rete dei servizi sociali, sociosanitari.

La riorganizzazione delle aree produttive si è esplicitata attraverso le seguenti direttrici principali:

- Potenziamento rete dei servizi sanitari territoriali
- Integrazione ospedale-territorio
- Ospedali per intensità di cura ed aree omogenee.

Il Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata
Dott. Michele Colitti