

BILANCIO CONSUNTIVO 2015 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.

Finanziamento del Fondo Sanitario

Come sopra citato, l’art. 20 D.Lgs 118/2011 stabilisce: “Nell’ambito del Bilancio regionale le regioni devono garantire un’esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario” .

L’intento posto dal legislatore nella norma in parola è quello di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie, iscritte in bilancio 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.

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.

In attesa della completa attuazione del D.Lgs n. 68/2011, le fonti di finanziamento della spesa sanitaria sono regolamentate dal D.Lgs 18/02/2000 n.56, che ne determina i criteri (Disposizioni in materia di federalismo fiscale a norma dell’art. 10 della Legge 13 maggio n. 133) e dal disposto dell’art. 9 comma 9 del DL 19 giugno 2015 n.78, convertito con modificazione dalla Legge 6 agosto 2015 n. 125, che rinvia all’anno 2017 i meccanismi di finanziamento del FSR, come disciplinati dal D.Lgs n. 68/2011.

Il D.Lgs n. 56/2000 ha eliminato alcuni trasferimenti erariali a favore delle Regioni a Statuto ordinario, cioè quelli relativi al finanziamento della spesa sanitaria, sia di parte corrente che di parte capitale, stabilendo quali fonti di finanziamento:

- a) Compartecipazione regionale all’IVA (vedi art. 4)
- b) Quota dell’addizionale regionale all’IRPEF – aliquota base 1,73%
- c) IRAP al netto della quota corrispondente all’ex fondo perequativo di cui all’art. 3 della legge 549/95

La Legge n.190 del 23 dicembre 2014 stabilisce che a decorrere dall’ anno 2015 fermo restando il livello del finanziamento del servizio sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, gli importi previsti:

- dalla legge n.126 del 31 marzo 1980 n.126, in materia di indirizzo alle regioni in materia di provvidenza in favore degli hanseniani e loro familiari;

- dalla legge n.433 del 27 ottobre 1993, in materia di rivalutazione del sussidio a favore degli hanseniani e loro familiari;

- dalla legge n.135 del 5 giugno 1990, in materia di programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’ AIDS;

- dalla legge n.362 del 14 ottobre 1999 art.3 recante disposizioni urgenti in materia sanitaria;

dall’ art. 5, comma16, del decreto legislativo n.109 del 16 luglio 2012 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;

confluiscono nella quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

Le modalità di erogazione alle Regioni del finanziamento della spesa sanitaria sono stabilite dall’art. 15 comma 24 del D.L. 95/2012 e dalla L. 23/12/2009 n. 191 art. 2 comma 68 lett. b) che autorizzano l’erogazione anticipata del finanziamento del SSR nella misura del 97% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario (con la possibilità di incremento al 98% e 99%) compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica e stante il rispetto di tutti gli adempimenti.

Il sistema di finanziamento pubblico del settore sanitario nazionale si basa essenzialmente su risorse provenienti dalla fiscalità generale.

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. 190 del 23 dicembre 2014 (C.d. Legge di stabilità anno 2015) recante "disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" ed in particolare l'articolo 1, comma 556, il quale prevede << il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è stabilito in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016, salve eventuali rideterminazioni in attuazione dell'articolo 46, comma 6, del decreto legge 24 aprile 2014, n.66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, come modificato dal comma 398 del presente articolo, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, del Patto per la salute".

La Legge n. 125/2015 di conversione del D.L. 78/2015 recante "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali" tra l'altro ha recepito re l'Intesa con le Regioni per i tagli al finanziamento del fondo sanitario anno 2015, nella misura di 2,35 miliardi di euro.

Il riparto delle predette disponibilità finanziarie deve tener 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 23 dicembre 2013 – articolo 1 comma 34 della legge n.662/96).

Le altre risorse SSN sono relative:

- al finanziamento vincolato (per regioni e altri enti operanti nella sanità) effettuato con atti separati (2.508,43 milioni di euro)
- all'accantonamento di una quota del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato pari allo 0,25% (274,29 milioni di euro).

Il riparto del fondo sanitario indistinto, anno 2015, è stato approvato dalla conferenza Stato-Regioni con Intesa sancita il 23 dicembre 2015 rep.atti n. 237/CSR. ha stabilito il finanziamento del fondo sanitario indistinto di parte corrente che per la Regione Molise è pari ad € 547.862.141,00, come esplicitato nella seguente tabella:

Regioni	Totale indistinto	Stima gioco d'azzardo	Fibrosi cistica	Quota riequilibrio	Totale indistinto+ Stima gioco d'azzardo+ Fibrosi cistica+ Risorse e vincolate remunerate Fondo indistinto+Quota riequilibrio ANTE MOBILITA'	Ricavi e entrate proprie convenzioni ali 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	558.925.909	261.479	24.638	1.602.851	560.814.877	12.952.736	547.862.141

La quota accantonata da ripartire tra le Regioni in base a meccanismi premiali per l'anno 2015 è pari a € 274,29 milioni (0,25% del livello di finanziamento del SSN).

Il fondo indistinto assegnato alla Regione Molise, integrato dell'importo di € 7.293.735,00, quale quota parte di 274,29 mln di euro, risulta essere il seguente:

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'	Stima riparto quote premiali 2015 ai sensi dell'art. 9, comma 2, D.Lgs. 149/2011 (in coerenza con accordo politico del 25 novembre 2015)	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	558.925.909	261.479	24.638	1.602.851	560.814.877	7.293.735	568.108.612	12.952.736	555.155.876

Il decreto del Commissario ad Acta n.3 del 22 gennaio 2016 avente ad oggetto "Riparto fondo sanitario anno 2015 - 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 2015 — Determinazioni." ha stabilito il riparto del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente per l'anno 2015 come riportato nella seguente tabella:

GSA — quota F.S.R. di parte corrente — anno 2015	€ 70.548.308,00
ASReM — quota F.S.R. di parte corrente — anno 2015	€ 484.607.568,00
TOTALE	€ 555.155.876,00

All'Azienda Sanitaria Regionale è stata trasferita della somma di € 484.607.568,00, a titolo di fondo sanitario di parte corrente anno 2015.

Nella citata Intesa relativa al riparto del Fondo sanitario di parte corrente è stato, altresì, 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 € 7.293.735,00, giusto accertamento effettuato nel bilancio regionale, le cui risultanze sono di seguito esposte:

Regioni	Partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle P.A. (post manovra legge stabilità 2013)	IRAP	Addizionale IRPEF	Integrazione a norma del d.l.vo 56/2000	Fondo sanitario nazionale	TOTALE INDISTINTO+QUOTA RIEQUILIBRIO +QUOTA PREMIALE +GIOCO D'AZZARDO+FIBROSI CISTICA AL NETTO DELLE ENTRATE PROPRIE
	1	2	3	4	5	6 = 1+2+3+4+5
Molise		9.964.000	35.356.000	509.835.876		555.155.876

La Tabella “C” della richiamata Intesa concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2015, riporta i valori di mobilità interregionale per l'anno 2015 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. 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 2015 (Crediti mobilità interregionale)	Mobilità 2015 (Debiti mobilità interregionale)	Mobilità 2015 (tutte le colonne di mobilità interregionale)
90.241.305,00	65.089.216,00	25.152.089,00

Per l'esercizio 2015 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 2015.

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

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

L'ASReM ha continuato a porre in essere, nel corso dell'esercizio 2015, le misure necessarie alla eliminazione di ogni spreco, evitando, per quanto possibile, qualunque impatto sui servizi sanitari da rendere al cittadino, perseguendo i seguenti obiettivi volti alla economia di spesa:

- razionalizzazione e riduzione del costo del personale;
- razionalizzazione dell'acquisto di beni sanitari non farmaceutici e di servizi non sanitari;
- riequilibrio della spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale);
- aumento progressivo dell'assistenza domiciliare nelle varie forme previste dalle linee guida;
- verifica dell'applicazione dei progetti dell'Evidence Base Medicine (Arianna), già diffusi all'intero territorio regionale;
- Potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in tutti gli ambiti prescrittivi e assistenziali;
- Prezzo massimo di rimborso sui medicinale appartenenti alla categoria terapeutica omogenea ATC A02BC “inibitori della pompa acida”
- Monoprescrizione a carico del SSN dei medicinali alla categoria terapeutica omogenea ATC C10AA – Statine;
- Distribuzione diretta Ossigeno terapeutico;
- Applicazione del Prontuario ospedale Territorio (PHT) nel regime della “distribuzione per conto SSN”;
- Corretto impiego dei metodi di ricovero in regime non ordinario (DH e DS)
- Abbattimento dell'attuale tasso di ricovero ospedaliero;
- Messa a regime del nuovo piano annuale delle prestazioni ospedaliere;
- Sviluppo regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari;
- Impiego di sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza;
- Razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito ospedaliero;

- Progressiva e più estesa unificazione dei sistemi di approvvigionamento;
- Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale in tema di assistenza farmaceutica (ospedaliera e territoriale);
- Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei processi di unificazione amministrativa;
- Ulteriore implementazione del sistema di determinazione del budget per gli erogatori privati, con monitoraggio mensile del volume/valore delle prestazioni effettuate.

Inoltre, sempre nel corso dell'anno 2015, l'azienda sanitaria ha proseguito, di concerto con il Servizio Sistemi Informativi della Direzione Generale per la Salute regionale, un'attività di:

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

Si tratta, com'è evidente, di obiettivi di natura organizzativa che permettono di disporre di una base informativa di livello qualitativo maggiormente elevato rispetto al passato. Si sottolinea, in tal senso, che la copertura informativa per l'anno 2015, calcolata in base agli applicativi messi a disposizione su NSIS da parte delle competenti strutture ministeriali, riporta per la regione Molise un livello di copertura assolutamente ottimale.

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, in relazione alle somme trasferite all'Azienda Sanitaria Regionale nell'anno 2015, come evidenziato negli appositi atti amministrativi, è stata trasmessa all'azienda in parola il riepilogo dei predetti trasferimenti con la correlata riclassificazione contabile, come da seguente tabella:

Relazione del Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata

PROGETTO/ATTIVITÀ	PERIODO	DESCRIZIONE	VALORE	STIPENDIO	REDAZIONE	ANNO
PROGETTO 1	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 2	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 3	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 4	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 5	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 6	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 7	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 8	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 9	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 10	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 11	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 12	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 13	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 14	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 15	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 16	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 17	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 18	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 19	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 20	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 21	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 22	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 23	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 24	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 25	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 26	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 27	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 28	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 29	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 30	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 31	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 32	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 33	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 34	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 35	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 36	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 37	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 38	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 39	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 40	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 41	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 42	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 43	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 44	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 45	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 46	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 47	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 48	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 49	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 50	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 51	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 52	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 53	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 54	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 55	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 56	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 57	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 58	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 59	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 60	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 61	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 62	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 63	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 64	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 65	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 66	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 67	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 68	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 69	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 70	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 71	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 72	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 73	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 74	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 75	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 76	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 77	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 78	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 79	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 80	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 81	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 82	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 83	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 84	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 85	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 86	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 87	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 88	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 89	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 90	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 91	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 92	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 93	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 94	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 95	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 96	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 97	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 98	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 99	2014	...	...	...	...	2014
PROGETTO 100	2014	...	...	...	...	2014

La procedura in argomento ha consentito alla GSA di effettuare le necessarie operazioni di verifica e condivisione, propedeutiche alla fase del consolidamento del bilancio di esercizio anno 2015 ASReM e GSA.

Attuazione del Percorso attuativo di Certificazione (PAC)

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

La normativa di riferimento è la seguente:

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

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

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

Con i DCA n°13 del 25 Giugno 2013 e n° 14 del 27 Giugno 2013, sono stati approvati i Piani Attuativo 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".

Il Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata



Dr.ssa Lolita Gallo

