

3.2.2.1. Residui perenti

Al 31/12/2012 i residui perenti cumulati ammontano a 1.503,7 milioni, di cui 975,8 di parte corrente e 527,9 di parte capitale concentrati soprattutto nei trasferimenti a famiglie e nei contributi agli investimenti. Rispetto al 2011, pertanto, lo stock di residui perenti flette del 6,8 per cento per la parte corrente, mentre rimane pressochè stabile (+0,78 per cento) per la parte capitale. Tali variazioni sono l'effetto combinato delle nuove perenzioni intervenute nel corso del 2012, pari a 178,1 milioni, e delle diminuzioni connesse a re-iscrizioni in bilancio, eliminazioni e prescrizioni che hanno comportato la cancellazione dal Conto del Patrimonio di residui perenti per 245,3 milioni. In particolare le re-iscrizioni sono state pari a 72,2 milioni di parte corrente (28,1 milioni di consumi intermedi, 43,5 milioni di trasferimenti correnti a Pubbliche amministrazioni, 639 mila euro di altre uscite correnti), e 20,9 milioni di parte capitale (19,9 milioni di contributi agli investimenti e 1 milione per trasferimenti); mentre le economie prodotte dall'attività di revisione amministrativa dell'anagrafe dei perenti condotta ai sensi della Circolare RGS n.6/2012, sono state pari a 72,7 milioni di parte corrente e 290.508 euro di parte capitale.

EVOLUZIONE DEI RESIDUI PERENTI

(in milioni)

Anni	Parte corrente			Parte capitale		
	Residui perenti al 31/12	Ammontare re-iscrizioni	% re-iscrizioni	Residui perenti al 31/12	Ammontare re-iscrizioni	% re-iscrizioni
2008	245,38	6,11	2,49	646,92	6,52	1,01
2009	-	-	-	-	-	-
2010	677,77	36,43	5,37	582,88	51,49	8,83
2011	1.047,05	41,33	3,94	523,81	59,71	11,39
2012	975,79	72,25	7,40	527,90	20,90	3,95

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

La situazione dei debiti pregressi risulta monitorata, ai sensi della Circolare RGS 38/2010, e rilevata sistematicamente dall'Amministrazione anche al fine di predisporre il Rapporto sull'attività di analisi e revisione delle procedure di spesa e dell'allocatione delle relative risorse in bilancio.

Il totale dei debiti pregressi rilevati al 31 dicembre 2011 aumenta del 22 per cento rispetto all'anno precedente, passando da 53 a 64,7 milioni, dei quali è stato accertato il 34,4 per cento a fronte del 21,9 per cento dell'anno precedente. I debiti verso la tesoreria al 31/12/2011, ammontano a 21,4 milioni e riguardano esclusivamente i SOP (Speciali Ordini di Pagamento) emessi sul capitolo n. 2409 su cui vengono liquidati gli indennizzi e i risarcimenti ai soggetti danneggiati per vaccinazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. Lo stanziamento su detto capitolo presenta costantemente delle difficoltà per la liquidazione degli indennizzi dovuti anche in esecuzione di sentenze giudiziarie definitive.

Nel corso dell'esercizio 2012 con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze n. 65180 sono stati assegnati al Ministero i fondi per ripianare i debiti pregressi in relazione a spese per acquisto di beni: di fitto locali e oneri accessori, gestione dei mezzi di trasporto, cancelleria e vigilanza e spese per il potenziamento della sorveglianza epidemiologica (cap. 5391²⁴) che ha pesato per oltre l'88 per cento sull'assegnazione complessiva di 20,8 milioni di fondi.

²⁴ Su detto capitolo gravano, oltre che le spese di funzionamento legate all'attività di sorveglianza epidemiologica, anche quelle relative al pagamento dei compensi al personale degli Istituti Zooprofilattici stabilizzato dalla legge n. 296/2006, art. 1, comma 566, il cui costo complessivo è stato quantificato in euro 21.331.030,69 dal decreto

FONDI ASSEGNATI NEL 2012 PER IL RIPIANO DEI DEBITI PREGRESSI AL 31.12.2011

					in euro	
Missione	Categoria di Spesa Ce3		Capitolo di Spesa		Competenza di Bilancio assegnata con DMT 65180	%
017.Ricerca e innovazione	01	Beni di consumo	3017	Spese per acquisto di beni e servizi	3.752	0,02
020.Tutela della salute	01	Beni di consumo	2017	Spese per acquisti di beni e servizi	500.533	2,38
			3016	Spese per acquisto di beni e servizi	3.007	0,01
			3178	Manutenzione, noleggio ed esercizio di mezzi di trasporto in dotazione al comando carabinieri per la tutela della salute	695.420	3,31
			4100	Spese per acquisti di beni e servizi	26.639	0,13
			5100	Spese per acquisto di beni e servizi	257.297	1,23
			5391	Spese per il potenziamento della sorveglianza epidemiologica delle encefalopatie spongiformi trasmissibili, delle altre malattie infettive e diffuse degli animali, nonché del sistema di identificazione e registrazione degli animali.	18.645.533	88,82
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	01	Beni di consumo	1081	Spese per acquisto di beni e servizi	20.068	0,10
			1263	Spese per acquisto di beni e servizi	840.649	4,00
Totale					20.992.898	100,00

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

La problematica dei debiti pregressi è stata esaminata anche dal NAVS. In relazione alle cause che hanno determinato la formazione dei debiti fuori bilancio 2010-2011 è stato rilevato che in alcuni casi essi dipendono da modifiche normative non perfettamente armonizzate con procedimenti amministrativi coerenti con regole precedenti. E' questo il caso del capitolo 2371 relativo al rimborso alle regioni degli accertamenti sanitari del personale civile in Kosovo, obbligo che permane pur essendo stata abrogata la normativa di riferimento con il d.lgs. n. 66/2010²⁵.

Il Ministero ha inoltre incluso fra i debiti pregressi verso terzi la somma di circa 40 milioni di euro di fondi da destinare all'AIFA a partire dal 2007 che il MEF non ha ritenuto di ripianare. Si tratta di debiti generati dall'entrata in vigore della disposizione che ha stabilito il versamento diretto al bilancio dell'Agenzia delle tariffe. Le nuove modalità operative sono state applicate dall'AIFA solo dopo la realizzazione di un sistema di controllo telematico in linea con le procedure europee di registrazione dei farmaci. Fino a tale momento i versamenti effettuati risultano interamente acquisiti all'entrata del bilancio dello Stato.

4. Le missioni e i programmi: valutazioni finanziarie e criticità gestionali

Sono due le missioni principali del Ministero: la "Tutela della salute" (suddivisa in 5 programmi) e la "Ricerca e innovazione" (suddivisa in due programmi), per le quali sono stati stanziati rispettivamente 973,9 milioni e 470,3 milioni.

interministeriale del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze del 6 maggio 2008.

²⁵ Art. 2268, comma 1, punto 986.

LE MISSIONI NEL BIENNIO 2010-2011

in migliaia

Missione	Stanziamiento definitivo di competenza		Impegni lordi		Pagato totale		Residui finali	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
017.Ricerca e innovazione	521.195	470.252	516.430	469.441	504.989	497.374	309.303	248.026
020.Tutela della salute	904.718	973.925	907.007	958.090	936.074	776.231	453.643	541.855
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	53.292	67.215	55.340	63.740	58.760	64.082	3.588	2.966
033.Fondi da ripartire	20.234	19.596	20.200	19.564	36667,109	23.330	5.699	1.933
Totale	1.499.439	1.530.989	1.498.977	1.510.835	1.536.490	1.361.016	772.234	794.780

composizione percentuale								
Missione	Stanziamiento definitivo di competenza		Impegni lordi		Pagato totale		Residui finali	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
017.Ricerca e innovazione	34,8	30,7	34,5	31,1	32,9	36,5	40,1	31,2
020.Tutela della salute	60,3	63,6	60,5	63,4	60,9	57,0	58,7	68,2
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	3,6	4,4	3,7	4,2	3,8	4,7	0,5	0,4
033.Fondi da ripartire	1,3	1,3	1,3	1,3	2,4	1,7	0,7	0,2
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nel seguito si esaminano i risultati finanziari relativi al consuntivo 2012 per i principali programmi, guardando al peso relativo delle risorse destinate a ciascuno di essi e verificandone le caratteristiche in base alla disaggregazione per categorie economiche; ci si sofferma poi, sempre per programma, sui risultati più salienti ottenuti nelle macro-aree di intervento poste all'amministrazione con la direttiva annuale.

4.1. Tutela della salute (missione 20)

Dei 973,9 milioni di stanziamento della missione circa il 75 per cento è destinato a due programmi, il 46,5 per cento al programma "Regolazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici e il 27,5 per cento al programma "Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana".

4.1.1. Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana

A tale programma sono stati destinati 267,5 milioni nel 2012 contro i 535,7 del 2011. Gli impegni lordi sono stati pari a 260,5 milioni e risultano pagati 255,9 milioni. Oltre il 69,9 per cento degli stanziamenti è assorbito dai trasferimenti di parte corrente: dove è preponderante l'incidenza dei trasferimenti correnti anche se non sono più ricompresi gli indennizzi e i risarcimenti ai soggetti danneggiati da complicanze irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie (cap. 2409) e le somme dovute per la liquidazione di transazioni da stipulare con soggetti emotrasfusi danneggiati (cap. 2401), passati entrambi al programma "Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano e di sicurezza delle cure". Entra a far parte della programmazione, invece, il capitolo 4391 relativo ai rimborsi per l'assistenza sanitaria all'estero con oltre 127 milioni di stanziamenti, impegni e pagamenti. Sterilizzando le modifiche connesse solo allo spostamento dei capitoli citati, il programma registra una sostanziale invarianza quanto a stanziamenti e ad impegni, mentre sono in flessione i pagamenti del 32 per cento.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA IN MATERIA DI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E ASSISTENZA IN
MATERIA SANITARIA UMANA

Categorie economiche	Stanz.to definitivo	%	Impegni Lordi	%	Pagato totale	%	in migliaia	
							Residui finali	%
Redditi da lavoro dipendente	24.916	9,3	23.437	9,0	23.437	9,2	-	-
di cui imposte pagate sulla produzione	1.487	0,6	1.430	0,5	1.430	0,6	-	-
Consumi intermedi	38.274	14,3	38.306	14,7	39.517	15,4	22.030	45,9
Trasferimenti di parte corrente	186.960	69,9	181.473	69,7	176.972	69,2	24.354	50,7
di cui alle AAPP	1.333	0,5	1.312	0,5	2.383	0,9	3.717	7,7
Totale spese p/corrente	250.150	94	243.216	93	239.926	94	46.383	97
Investimenti fissi	397	0,1	397	0,2	538	0,2	144	0,3
Trasferimenti in c/capitale	16.927	6,3	16.927	6,5	15.453	6,0	1474,08	3,1
di cui alle AAPP	16.927	6,3	16.927	6,5	15.453	6,0	1474,08	3,1
Totale spese c/capitale	17.324	6,5	17.324	6,6	15.990	6,2	1.618	3,4
Totale spese complessive	267.474	100	260.540	100	255.916	100	48.001	100

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Gli obiettivi strategici riferibili al programma riguardano gli interventi di risanamento e di riequilibrio economico finanziario del sistema sanitario regionale, mirati a garantire qualità ed efficienza nonché un efficace controllo della spesa, e quelli volti alla promozione di moderne tecniche di informatizzazione per migliorare la fruibilità e la disponibilità dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale.

Al riguardo si segnalano i risultati di alcune delle principali attività condotte nel 2012 per tale programma.

E' proseguita l'attività di supporto al processo di definizione, previsto dal d.lgs. 68/2011, dei criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza attraverso specifici indicatori, al fine di individuare le Regioni *benchmark* in materia di costi standard. In data 11 dicembre 2012 è stato adottato il relativo dPCM di individuazione dei suddetti criteri, che sono accompagnati da una serie di variabili cui i Ministeri della salute e dell'economia dovranno fare riferimento ai fini della graduatoria delle regioni eligibili. Parallelamente è stata svolta una attività di analisi tesa all'individuazione di strumenti innovativi di misurazione dei consumi sanitari da parte dei cittadini, da utilizzare per la definizione del fabbisogno sanitario standard regionale e dei criteri di riparto delle disponibilità finanziarie del SSN, basati sugli effettivi bisogni di salute della popolazione²⁶.

Si è conclusa nell'anno la valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili²⁷, che costituisce la prima fase del percorso delineato dall'art. 11 del Patto per la salute 2010-2012, che vede le regioni impegnate a garantire l'accertamento della qualità delle procedure sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. La verifica ha evidenziato forti eterogeneità interregionali tra le aziende esaminate ed elementi di criticità²⁸. Parallelamente sono stati adottati (o sono state raggiunte le necessarie

²⁶ Il progetto, condotto dall'Università di Tor Vergata sulla base di una convenzione con il Ministero della salute, utilizza un modello econometrico di stima della spesa nel medio periodo e di ricostruzione della spesa storica. Esso è utilizzato per determinare un livello di spesa che definisca il fabbisogno sanitario, a livello aziendale e regionale, tenendo conto dei fattori epidemiologici, demografici e socio-economici, e sterilizzando invece i fattori di costo riconducibili a inefficienze, sovrastrutture amministrative e inappropriatezza.

²⁷ Secondo criteri e modalità individuate dal DI Salute-Economia del 18 gennaio 2011.

²⁸ Le criticità più frequentemente riscontrate riguardano:

- la mancata integrazione dei sottosistemi gestionali con la contabilità generale;
- la mancata gestione informatizzata dei diversi cicli contabili aziendali;

intese in Conferenza Stato-Regioni) i primi documenti afferenti i principi contabili relativi all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale di cui all'art. 19, c. 2 lett. b) del d.lgs. 118/2011²⁹, che rappresentano la base di riferimento per la stesura, da parte di ciascuna Regione, dei piani attuativi del percorso di certificabilità dei bilanci.

Come è emerso dai Tavoli di verifica, tale attività ha mostrato i suoi primi risultati già con riferimento agli stati patrimoniali 2011, in cui è emersa la riconciliazione (o in alcuni casi il disallineamento) dei debiti e dei crediti con le evidenze risultanti nel bilancio regionale ricostruite sulla base dell'analisi di atti formali di assegnazione delle risorse per il SSR, sia da parte dello Stato che della stessa regione. Sono inoltre state evidenziate le diverse regole contabili adottate a livello regionale in materia di ammortamenti sterilizzati, che hanno consentito (dal 2001 al 2010) agli enti dei SSR di acquistare cespiti ammortizzabili senza aver ricevuto il corrispondente contributo in c/capitale, generando pertanto un debito, senza che tutte le regioni disponessero le necessarie coperture finanziarie: tale adempimento, infatti, non veniva richiesto ai Tavoli di verifica. A tali problematiche, così come alla mancata regolazione dei crediti vantati dalle aziende sanitarie verso le regioni, che a loro volta generavano un ritardo nei pagamenti ai fornitori degli enti del SSR, si è data una prima risposta con il DL n. 35/2013, che ha stanziato 14 miliardi nel biennio 2013-2014 per consentire la (seppur parziale) regolazione dei debiti sanitari.

Un'altra linea di intervento ha riguardato le problematiche connesse alla creazione della rete assistenziale di cure palliative, della rete assistenziale di terapia del dolore e della rete specifica per i pazienti in età pediatrica, sia a livello regionale che a livello aziendale. Nel 2012 è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il documento tecnico relativo alla definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo delle suddette reti ed è stata attivata la nuova Area funzionale costituita all'interno del Cruscotto NSIS articolata in 6 sottoaree (farmaceutica, residenziale, domiciliare, ospedaliera, palliativa e terapia del dolore ambulatoriale, terapia del dolore ospedaliera). In tale ambito è stato implementato il nuovo flusso informativo riguardante l'assistenza erogata dalle strutture residenziali di cure palliative – *Hospice*³⁰. A dieci anni dall'entrata in vigore della legge n. 39/99, la realizzazione del programma non è ancora completa. Con i fondi stanziati (circa 206 milioni) era stata programmata la realizzazione di 201 strutture residenziali per malati terminali prevalentemente oncologici con una dotazione di 2.232 posti letto. Le strutture attualmente attivate dalle Regioni sono 120, per la maggior parte situate nelle Regioni del nord e del centro. A fronte di una percentuale nazionale di utilizzo pari all'89 per cento (183,8 milioni), nell'analisi dei dati disaggregati a livello regionale è evidenziato un utilizzo non omogeneo dei finanziamenti.

In ordine all'attività volta al potenziamento di ricovero in DH, allo sviluppo della chirurgia ambulatoriale e al trasferimento dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, come risulta dall'attività di monitoraggio svolta dal SiVeAS³¹, quasi tutte le Regioni hanno

-
- l'assenza di una struttura dedicata all'*internal audit* e di adeguate procedure di controllo;
 - la disomogeneità dei sottosistemi gestionali utilizzati dalle singole aziende all'interno della regione;
 - la mancata riconciliazione tra i crediti verso regione rilevati nei bilanci delle aziende con le risultanze del bilancio finanziario.

²⁹ Decreto 15 giugno 2012 di adozione dei nuovi modelli di rilevazione CE e SP per gli enti del SSR e decreto 17 settembre 2012 di adozione dei documenti afferenti i principi contabili relativi all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della gestione sanitaria accentrata, di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b) del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici del settore sanitario. È stata poi raggiunta in data 24/1/2013 l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni sulla revisione degli schemi di bilancio e nota integrativa di cui al decreto-legislativo 118/11 e sull'adozione del percorso attuativo della certificabilità.

³⁰ Il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli *Hospice* è stato istituito dal d.m. del Ministro della salute.

³¹ Il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (di seguito SiVeAS) è stato istituito, con decreto ministeriale 17 giugno 2006, presso il Ministero della salute, in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della legge n. 266/2005. Obiettivo del SiVeAS è quello di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni sanitarie erogate (coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza),

assicurato il passaggio in regime ambulatoriale delle prestazioni individuate dal Patto per la salute e determinato i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 108 DRG. Con riferimento a questo ultimo aspetto, tuttavia, a fronte di un impegno comune per il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, il valore soglia individuato dalle singole Regioni è risultato, spesso, molto differente.

E' proseguita inoltre l'attività volta alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, diretta a garantire una copertura completa durante le 24 ore e per 7 giorni a settimana. Diversi i modelli organizzativi adottati dalle Regioni³², che potranno fruire delle risorse previste nell'ambito dell'Accordo del 22 novembre 2012, che riserva all'assistenza primaria circa 358 milioni.

Parallelamente sono state sviluppate analisi volte a definire i criteri e i parametri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione e a quantificare il "fabbisogno" standard della rete di offerta. Il Tavolo Tecnico, istituito nel 2011 presso il SiVeAS, ha avviato un'analisi dell'attività di assistenza ospedaliera post-acuzie (riabilitazione ospedaliera e lungodegenza), con l'obiettivo di sviluppare una metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri post-acuti e per la quantificazione del "fabbisogno" di ricoveri in riabilitazione ospedaliera e lungodegenza ed il relativo dimensionamento ottimale della rete di offerta (posti letto). I lavori del Tavolo si sono conclusi ad ottobre 2012 con l'elaborazione del documento finale, in cui oltre ai risultati è riportato anche uno schema di indicatori da utilizzare per il monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione ospedaliera³³.

Nel corso dell'esercizio si è giunti alla ridefinizione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera³⁴ con l'emanazione del d.m. 18 ottobre 2012, con il quale si provvede a:

- determinare le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, valide per gli anni 2012-2014;
- individuare i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;

nonché dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi (compatibilmente con i finanziamenti erogati). Con l'introduzione del sistema dei *Piani di Rientro* dai disavanzi nel settore sanitario, al SiVeAS è stata anche assegnata l'attività di gestione della piattaforma documentale e della pre-istruttoria dei provvedimenti regionali adottati in attuazione dei suddetti Piani. Tale attività è funzionale all'affiancamento, alle Regioni in Piano di Rientro, attuato da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e finanze. Per la realizzazione delle attività di cui sopra il SiVeAS si avvale, oltre che di personale interno, della collaborazione di Enti esterni e di esperti qualificati, con cui sono stipulate apposite convenzioni o accordi di collaborazione.

³² Tra i principali modelli adottati dalle Regioni figurano *La Casa della Salute e le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)* il primo, inteso come struttura polivalente in grado di erogare, in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, è stato realizzato soprattutto nella Regione Toscana mentre il secondo (UTAP), quale struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale è presente da tempo ed in discreto numero soprattutto nella Regione Veneto. I *Nuclei di Cure Primarie (NCP)*, modelli organizzativi di base delle Cure Primarie che operano in aree territoriali con caratteristiche geomorfologiche omogenee, sono abbastanza rappresentati soprattutto in Emilia Romagna;

Un'ampia diffusione si sta verificando, in quasi tutte le Regioni per i *Modelli H 24* poiché considerati strumenti utili per dare un impulso immediato al processo di riorganizzazione della medicina del territorio soprattutto in quelle realtà locali dove si rileva un ricorso improprio alle strutture di emergenza. Anche le forme di aggregazione funzionale territoriale della medicina generale quali le *Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)*, finalizzate a garantire sia la continuità dell'assistenza che a potenziare percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti (medicina di iniziativa), hanno visto un'ampia diffusione soprattutto nelle regioni del centro-nord. Ampio spazio è stato altresì dato a modelli in grado di garantire *la continuità assistenziale H24 anche nell'età pediatrica* (Regione Calabria).

³³ I risultati evidenziano che, relativamente all'appropriatezza clinica, il totale dei ricoveri di riabilitazione (regime ordinario e diurno) nell'anno 2010, potenzialmente inappropriati è risultato pari al 16 per cento (41.863); relativamente all'appropriatezza della durata di degenza per i ricoveri di riabilitazione clinicamente appropriati il numero di giornate di degenza al di fuori del *range* di durata definito "appropriato" è stato pari al 12 per cento (corrispondenti a 666.713 giornate di degenza); la quota maggiore di tale inappropriatezza si è collocata nell'area della potenziale inefficienza per eccesso di durata (78 per cento).

³⁴ Per quanto concerne le tariffe e le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi, resta vigente quanto disposto con il decreto del Ministero della sanità 27 agosto 1999, n. 332.

- confermare il vincolo costituito dalle tariffe nazionali, in particolare nei confronti delle Regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti non abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore.

Pur se una valutazione puntuale dell'impatto finanziario complessivo sui livelli di spesa per l'acquisto delle prestazioni dagli erogatori privati accreditati, derivante dalle nuove tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera, risulta ostacolata dalla eterogeneità dei valori e dei contesti locali di riferimento, le stime effettuate sono tuttavia indicative di una sostanziale complessiva sostenibilità dell'impatto delle nuove tariffe.

Anche la valutazione sulle nuove tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, porta a concludere per una invarianza di impatto, in considerazione degli strumenti regolatori della spesa affidati alle regioni sia attraverso la rimodulazione del proprio fabbisogno, stante l'avvio del percorso di efficientamento e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia attraverso la determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori privati³⁵.

Con riferimento alla qualità e ai costi delle prestazioni erogate dai SSR, vanno ricordati i sistemi informativi istituiti o avviati nel corso del 2012. Tra questi, il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli *Hospice*, istituito con decreto del Ministro della salute 6 giugno 2012. Il decreto disciplina la rilevazione, su base trimestrale, delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati presso gli *Hospice* e le modalità di trasmissione di tali dati da parte delle Regioni al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). La prima rilevazione, che ha carattere trimestrale, è stata avviata il 1° luglio³⁶. Sono andati poi a regime, nello scorso esercizio, il sistema informativo per la rilevazione delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza – urgenza (EMUR), che rileva mensilmente le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in condizioni di emergenza-urgenza, da parte sia del “sistema 118” e sia dei presidi ospedalieri, con riferimento alle attività del Pronto Soccorso; il sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), diretto a consentire la costruzione di una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nell'ambito dell'assistenza domiciliare; e il sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), finalizzato a raccogliere sistematicamente le informazioni associate alle prestazioni erogate in ambito residenziale e semiresidenziale per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche. E' da rilevare che, in tutti i casi ricordati, il conferimento dei dati da parte delle Regioni e Province autonome al NSIS costituisce adempimento per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

Collegata al SIAD è l'attività di monitoraggio sui servizi di assistenza domiciliare rivolti alla popolazione anziana. Le Regioni hanno avviato iniziative volte ad uniformare:

- la presa in carico sul territorio regionale, attraverso l'istituzione di specifici servizi o sportelli, del paziente anziano con bisogni sociosanitari complessi;

³⁵ In data 29 gennaio 2013 il Ministro della salute ha costituito, ai sensi dell'articolo 15, comma 17 *bis*, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, la Commissione per la formulazione di proposte per un eventuale aggiornamento delle tariffe. L'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere per acuti previsto dopo il 31 dicembre 2014 potrà invece avvalersi dei risultati del lavoro di revisione dei DRG italiani attualmente condotto da un gruppo di lavoro inter-istituzionale coordinato dal Ministero della salute.

³⁶ Le finalità del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli *Hospice* sono riconducibili al monitoraggio dell'attività dei servizi, della quantità di prestazioni erogate, nonché valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui *pattern* di trattamento. Le informazioni, raccolte su base individuale, riguardano i seguenti ambiti: a) caratteristiche dell'assistito (dati privi di elementi identificativi diretti); b) informazioni precedenti la fase di presa in carico; c) informazioni legate alla fase di presa in carico; d) informazioni relative all'inizio dell'assistenza; e) principali segni/sintomi oggetto di assistenza; f) tipologia delle prestazioni erogate; g) informazioni relative alla fase di conclusione dell'assistenza.

- le procedure di valutazione dei bisogni sanitari e sociali attraverso l'utilizzo di strumenti unitari e standardizzati da parte dell'equipe multidisciplinare (SVAMA, RUG, VAOR-ADI, SOSIA...) , che consentono di redigere un piano assistenziale individualizzato e stabilire il regime di cura maggiormente indicato per il bisogno del paziente (domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

Importante è al riguardo il ruolo svolto dai piani di rientro nell'indirizzare le Regioni interessate ad implementare l'assistenza domiciliare rivolta agli anziani non autosufficienti, nell'ambito più generale del riassetto delle reti ospedaliere e territoriali. Nella medesima direzione si pone il Quadro Strategico Nazionale (QSN) che ha lanciato uno specifico progetto, finanziato con i fondi FAS, che dà luogo a delle premialità in base alla verifica del raggiungimento di *target* intermedi di avvicinamento al *target* stabilito per il 2013 (incremento della percentuale di anziani beneficiari di ADI dall'1,6 per cento al 3,5 per cento). Obiettivo generale del Progetto è supportare le Regioni meridionali nella pianificazione e attuazione dei servizi di assistenza domiciliare programmati in modo integrato sul territorio (coinvolgendo tutti i servizi sociali, sanitari e assistenziali) e monitorati secondo criteri omogenei. Come si rilevato dal monitoraggio, solo le Regioni Abruzzo, Molise e Basilicata hanno raggiunto l'Obiettivo di servizio, mentre la Campania, la Calabria e la Sicilia, pur avendo ottenuto un miglioramento, sono ancora distanti dal traguardo³⁷.

Sono stati infine operativi nel 2012 la banca dati europea dei dispositivi medici (EUDAMED)³⁸ e il flusso informativo per la rilevazione delle prestazioni farmaceutiche effettuate tramite le strutture ospedaliere e i presidi delle aziende sanitarie locali (distribuzione diretta) o attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto). La rilevazione è estesa alle prescrizioni di tutti i medicinali autorizzati all'immissione in commercio in Italia ed identificati dal codice di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale e dalla classe di fornitura e comprende anche i farmaci esteri non registrati in Italia, i medicinali preparati in farmacia in base ad una prescrizione medica. La rilevazione distingue, inoltre, i costi sostenuti per la distribuzione diretta dei medicinali in costi di acquisto dei medicinali ed in costi sostenuti per l'erogazione del servizio.

E' proseguita nell'esercizio l'attività di monitoraggio sulla libera professione *intramoenia* svolta dall'Osservatorio nazionale. Essa ha evidenziato il permanere delle difficoltà per numerose Regioni di adeguarsi alla normativa, in particolare a causa del mancato completamento dei programmi di ristrutturazione edilizia finalizzati a tali attività. Si è pertanto resa necessaria una ulteriore proroga al 31 dicembre 2012³⁹.

Diverse sono state, poi, le iniziative assunte nell'anno per interventi in materia di formazione e di determinazione dei fabbisogni regionali delle professioni sanitarie⁴⁰. Particolare

³⁷ Il Comitato LEA ha innalzato al 4 per cento, la percentuale di riferimento di anziani con età uguale o superiore ai 65 anni trattati in assistenza domiciliare integrata; valori inferiori a tale percentuale indicano una criticità nell'erogazione dell'assistenza. Con riferimento al 2011, solo 7 Regioni avevano percentuali uguali o superiori alla soglia, tra le quali il Lazio; delle restanti, 5 sono le Regioni meridionali in piano di rientro e 4 Regioni del centro-Nord (Piemonte, Liguria, Toscana e Marche).

³⁸ EURAMED, istituita nel 2011 sulla base della decisione della Commissione europea del 19 aprile 2010, ha lo scopo di rafforzare la sorveglianza del mercato, consentendo alle autorità competenti degli Stati Membri di accedere rapidamente alle informazioni, nonché di contribuire ad un'applicazione uniforme della normativa di settore, in particolare per quanto riguarda gli obblighi di registrazione.

³⁹ DL 89/2012, art. 1.

⁴⁰ In data 23 luglio 2012, è stato emanato il decreto interministeriale salute, MIUR e MEF, di determinazione del numero globale di medici specialisti da formare per il triennio 2011/2014 ed assegnazione dei contratti di formazione specialistica per l'anno accademico 2011/2012. In data 25 luglio 2012, è stato sancito l'accordo Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. n. 281 del 28.8.1997, concernente la rilevazione del fabbisogno per il SSN, suddiviso per Regioni, delle professioni sanitarie e di laureati specialisti delle professioni sanitarie, nonché relativo alle professioni di medico chirurgo, veterinario, odontoiatra, farmacista, biologo, chimico, fisico e psicologo, effettuata, a norma dell'articolo 6 ter del d.lgs. n. 502/1992, per l'anno accademico 2012/2013.

attenzione è stata inoltre dedicata a programmi di “Alta formazione in programmazione sanitaria”, diretti alla condivisione delle singole esperienze per la ricerca di soluzioni omogenee e di azioni comuni da intraprendere o da sperimentare, sempre nel rispetto delle diversità regionali. A tal fine è stato svolto un ciclo di seminari, rivolti a dirigenti del Ministero della salute, ai direttori generali degli assessorati alla sanità, alle strutture commissariali delle regioni in piano di rientro e ai dirigenti di altre amministrazioni ed enti pubblici. E’ stato inoltre previsto un *Percorso di alta specializzazione* diretto a formare professionalità in grado di gestire le complesse problematiche legate all’affiancamento alle regioni impegnate nei piani di rientro e, più in generale, alla riqualificazione, riorganizzazione ed individuazione degli interventi da porre in essere, conciliando l’equilibrio economico con la garanzia dell’effettività dei livelli essenziali di assistenza⁴¹.

4.1.2. Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria umana e coordinamento in ambito internazionale

A tale programma sono stati destinati 136,7 milioni nel 2012 a fronte di 215,6 milioni del 2011. Sono stati registrati impegni lordi per 131,3 milioni e pagamenti pari a 131,6 milioni.

Nell’ambito dei consumi intermedi si concentra il peso maggiore degli stanziamenti, il 41,4 per cento del totale e le risorse più consistenti, pari a 20,5 milioni sono destinate all’attività e al funzionamento (comprese le spese di personale) del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie che opera con le strutture regionali attraverso convenzioni con enti vigilati del Ministero; sul relativo capitolo (4393) sono stati effettuati pagamenti per oltre l’83 per cento delle somme stanziare. Seguono i redditi da lavoro che pesano, sul totale delle risorse destinate al programma, per circa il 32,8 per cento, come stanziamenti, e poco più del 30 per cento sia come impegni che come pagamenti. Diminuisce, invece, rispetto allo scorso anno il peso dei trasferimenti correnti: il 25,6 per cento in termini di stanziamenti ed il 26,9 per cento in termini di pagamenti finali. Tale dato, peraltro, va letto considerando l’uscita dal programma delle spese per i rimborsi dell’assistenza sanitaria prestata all’estero (cap. 4391); pertanto sterilizzando dall’esercizio 2011 le somme afferenti a tale capitolo, il programma della Prevenzione e comunicazione sanitaria riceve nel 2012 un aumento di stanziamenti pari al 21,4 per cento, mentre gli impegni lordi crescono del 13,5 per cento ed i pagamenti del 25,7 per cento.

L’Osservatorio nazionale sulla formazione in medicina generale ha approvato, in data 1° ottobre 2012, il documento “Definizione degli obiettivi didattici, delle metodologie di insegnamento, apprendimento e dei programmi delle attività, del corso di formazione in medicina generale ai sensi dell’articolo 26 del d.lgs. n. 368/1999”, che è stata trasmesso al Consiglio Superiore di Sanità, per la successiva approvazione.

Il Tavolo di lavoro congiunto sui profili professionali delle professioni sanitarie (istituito alla fine del 2011) ha proseguito i lavori per l’implementazione delle competenze delle professioni sanitarie, giungendo ad uno schema di accordo Stato-Regioni relativo al profilo professionale degli infermieri. Sono stati individuati dei sottogruppi per l’esame delle altre professioni sanitarie, e nel corso del terzo trimestre 2012, sono state affrontate le problematiche relative all’implementazione delle competenze dei Tecnici sanitari di radiologia medica, giungendo all’elaborazione di un documento, contenente le aree di intervento e la ridefinizione, l’implementazione e l’approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali. Tale documento, esaminato anche dalla Commissione paritetica dell’area radiologica, ha trovato il favore e l’approvazione di tutte le rappresentanze scientifiche e professionali della suddetta area radiologica.

Per quanto concerne i criteri e le modalità per il riconoscimento dell’equivalenza ai diplomi universitari dell’area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, sono stati definiti i criteri per l’individuazione dei titoli di studio e degli anni di attività lavorativa necessari per il riconoscimento dell’equivalenza, ai fini dell’elaborazione dei successivi decreti direttoriali.

Il gruppo di lavoro interregionale sulle medicine complementari della Commissione Salute (costituita nell’ambito della conferenza delle Regioni e delle Province autonome nel 2007, e riconfermato nel 2010), ha lavorato alla predisposizione della bozza di articolato concernente l’esercizio delle cosiddette discipline mediche non convenzionali. Il documento è stato approvato, in data 20 dicembre 2012, dalla conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

⁴¹ Il corso, che inizierà nel 2013, è organizzato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, in *partnership* con il Ministero dell’economia e finanze, l’AGENAS, l’AIFA e l’Istituto Superiore di Sanità.

PREVENZIONE E COMUNICAZIONE IN MATERIA SANITARIA UMANA E COORDINAMENTO IN AMBITO INTERNAZIONALE

(in migliaia)

Categorie economiche	Stanziamiento definitivo	%	Impegni Lordi	%	Pagato totale	%	Residui finali	%
Redditi da lavoro dipendente	44.902	32,8	39.950	30,4	39.919	30,3	440	1,0
di cui imposte pagate sulla produzione	2.714	2,0	2.419	1,8	2.419	1,8	0	0
Consumi intermedi	56.601	41,4	56.391	42,9	56.141	42,7	35.353	83,4
Trasferimenti di parte corrente	35.027	25,6	34.848	26,5	35.344	26,9	6.572	15,5
di cui alle AAPP	16.998	12,4	16.943	12,9	17.844	13,6	5.760	13,6
Altre uscite correnti	54	0	54	0	54	0	0	0
Totale spese p/corrente	136.585	99,9	131.244	99,9	131.458	99,9	42.366	100,0
Investimenti fissi lordi	50	0	50	0	59	0	15	0
Trasferimenti di parte capitale	57	0	57	0	57	0	0	0
Totale spese c/capitale	107	0,1	107	0,1	117	0,1	15	0
Totale spese complessive	136.692	100,0	131.351	100,0	131.575	100,0	42.380	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Le priorità riferibili a tale programma riguardano gli interventi per la tutela igienico sanitaria degli ambienti di vita, del suolo e dell'aria, lo sviluppo e la definizione di linee strategiche per la prevenzione ed il controllo dei rischi sanitari. Sempre in tale ambito vanno collocate le attività volte al monitoraggio dei flussi di mobilità sanitaria in ambito internazionale.

E' proseguita nel corso dell'esercizio l'attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) approvato con l'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. Il Ministero ha svolto le verifiche annuali sul grado di avvicinamento agli obiettivi, secondo le regole concordate e confluite nel Documento per la valutazione dei piani regionali (PRP) 2010-2012, e ha dato corso alle azioni centrali prioritarie (ACP) di supporto al PNP che ricadono sotto la sua diretta responsabilità operativa. Data la valutazione positiva del Piano in termini di efficacia degli interventi e di rapporti Stato-Regioni, ne è stata prorogata la vigenza al 31 dicembre 2013.

Nell'ambito del programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" sono state definite le linee programmatiche per il 2012 sulla base delle indicazioni fornite dalla "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo". E' stato previsto lo sviluppo delle seguenti aree: consolidamento dell'alleanza tra "Scuola" e "Salute", finalizzata a favorire nelle scuole di ogni ordine e grado la promozione della salute come proposta pedagogica; prosecuzione delle attività di sorveglianza e monitoraggio dei consumi di sale e promozione di interventi di riduzione del contenuto di sale in diverse categorie di prodotti alimentari, attraverso un'azione graduale e progressiva, coerente con le strategie proposte sia dall'Unione Europea che dall'OMS; promozione dell'applicazione della legge sulla tutela dei non fumatori presso Amministrazioni e Aziende; partecipazione ad incontri internazionali relativi alle tematiche della prevenzione delle malattie croniche e del contrasto ai principali fattori di rischio (tabagismo, scorrette abitudini alimentari, sedentarietà), per confrontarsi con le strategie proposte dall'Unione Europea e dall'OMS e fornire un contributo alla definizione ed al monitoraggio delle politiche sanitarie, condivise a livello internazionale.

E' stato svolto il monitoraggio dei progetti avviati negli anni precedenti nell'ambito del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)⁴² ed è stato ed approvato il

⁴² Il monitoraggio ha riguardato complessivamente 22 progetti, tra i quali il progetto "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema sorveglianza OKKIO alla SALUTE", per il quale è stata completata la raccolta dati in tutte le regioni e a livello di singola azienda sanitaria; "Buone pratiche per l'alimentazione - Intervento di promozione del consumo di prodotti ortofruttili freschi nelle scuole e nei luoghi di lavoro", "Programma di informazione e

programma 2012. Della disponibilità economica per l'esercizio, pari a 20,5 milioni, circa i due terzi sono stati ripartiti a favore delle linee progettuali (implementazione di PNP e Guadagnare salute e di progetti strategici di interesse nazionale) ed un terzo circa per lo svolgimento delle azioni centrali (funzionamento, attività e personale). Delle 244 iniziative proposte dalle Regioni e Province autonome, nonché da AGENAS, INAIL ed ISS, ne sono state ritenute rispondenti ai criteri previsti 69, a fronte delle quali sono stati presentati 67 progetti esecutivi. Data la disponibilità finanziaria, pari a 13,5 milioni⁴³, i Comitati del CCM hanno approvato 41 progetti, tutti aventi natura interregionale, e hanno successivamente avviato le procedure per la sottoscrizione degli accordi di collaborazione.

La prevenzione in particolari aree della sicurezza pubblica (acque destinate al consumo umano, balneazione, radioprotezione) è stata svolta attraverso la partecipazione a gruppi di lavoro, il monitoraggio dati, consulenze, ecc. Nell'ambito delle Azioni centrali del CCM rientra l'attività che ha portato nel 2012 all'Intesa per la realizzazione delle attività concernenti "Evoluzione del Portale Acque"⁴⁴.

Nel febbraio 2012, l'Intesa Stato-Regioni ha approvato il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, contenente il calendario delle vaccinazioni attivamente offerte a tutta la popolazione, con l'obiettivo, altresì, di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel nostro Paese. Nel corso del 2012 è proseguita la collaborazione con le regioni/PP.AA. e l'ISS per l'eliminazione del morbillo e della rosolia. Rientrano nel Piano nazionale anche la vaccinazione antinfluenzale, offerta attivamente e gratuitamente agli anziani e ai soggetti a rischio, e le misure di prevenzione (test e monitoraggio) relative alla tubercolosi – con particolare riferimento agli operatori sanitari – e alle epatiti B e C. In relazione a queste ultime patologie, è in via di predisposizione uno specifico piano di prevenzione che dovrà essere approvato dalla conferenza Stato-Regioni. Per quanto riguarda il contrasto al virus HIV/AIDS, oltre al potenziamento delle attività di diagnosi⁴⁵, sono stati portati avanti progetti, da parte della Commissione Nazionale e della Consulta per la lotta contro l'AIDS insieme all'AIFA e ad esperti, diretti a fornire elementi di guida per la prescrizione della terapia antiretrovirale - migliorandone l'appropriatezza in un'area della patologia più di altre attraversata da una grande evoluzione delle opzioni terapeutiche - e per la gestione dei pazienti.

Nell'ambito dell'obiettivo strategico "Promuovere il ruolo dell'Italia per la tutela della salute in ambito internazionale, anche in coerenza con le linee strategiche definite a livello comunitario e internazionale" sono proseguite le attività collegate al progetto EUROMED-UpM (Unione per il Mediterraneo), dirette a rafforzare i sistemi sanitari e l'offerta di salute della regione mediterranea. Nel corso degli anni, i progetti⁴⁶ - cui hanno partecipato tutti i Paesi dell'area UpM compresa la Libia in qualità di Paese osservatore, più Albania, Bosnia-Erzegovina e Macedonia – hanno consentito di incrementare le *best practices* e di contribuire ad una crescita culturale, tecnica e scientifica che sta mostrando un impatto positivo sul miglioramento dei sistemi sanitari dei paesi dell'area. Il tutto, a fronte di investimenti piuttosto contenuti, che conferiscono ai progetti euro-mediterranei promossi e finanziati dal Ministero della salute un rapporto costo/efficacia favorevole. La riduzione degli stanziamenti intervenuta

comunicazione a sostegno degli obiettivi del programma Guadagnare Salute", "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale", "Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia".

⁴³ In seguito ai tagli occorsi durante l'esercizio finanziario, lo stanziamento effettivo è stato ridotto e l'ammontare complessivo dei progetti è risultato pari ad euro 12.977.518 euro.

⁴⁴ Con D.D. 9.11.2012 è stato approvato e reso esecutivo il protocollo di cui sopra ed impegnata la somma complessiva di 300.000 euro sul capitolo 4393.

⁴⁵ La realizzazione da parte delle Regioni di programmi sulla Diagnosi di infezione da HIV è stata inserita nel 2012 tra gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'assegnazione di quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi stessi.

⁴⁶ I progetti di partenariato multilaterale in ambito EuroMed, attuati attraverso accordi di collaborazione con Università, ospedali e ISS, attraverso hanno riguardato una pluralità di tematiche, tra le quali la celiachia, lo *screening* e diagnosi precoce dei tumori, i registri tumori, la donazione e i trapianti di organi, l'implementazione di un sistema di sorveglianza dell'infarto acuto del miocardio.

nell'ultimo esercizio ha consentito, tuttavia, di finanziare solo 4 progetti, per un importo complessivo di circa 248 mila euro. Sono stati inoltre sottoscritti 4 accordi collaborazione, attualmente in fase di avvio⁴⁷.

Nell'ambito del medesimo programma, è poi proseguita la collaborazione con l'OMS sia per quanto riguarda il progetto *Visione 2020* — per il quale la Commissione nazionale prevenzione cecità ha condotto un progetto sul monitoraggio degli interventi di prevenzione della cecità svolti nei Paesi poveri da Enti/Associazioni/Organizzazioni italiane — che per il progetto "*Public Health Aspects of Migration in Europe*", diretto alla tutela della salute delle popolazioni migranti, attraverso il rafforzamento della capacità di risposta ad emergenze sanitarie legate ad aumentati flussi migratori. A tal fine, è stata prevista la creazione di un database, nonché la stesura di linee-guida basate sull'esperienza maturata soprattutto nel territorio italiano, ma anche in altri Paesi con una esposizione simile ai flussi migratori. Tale attività si sono accompagnate a quelle relative al coordinamento a livello internazionale della profilassi delle malattie infettive.

Per quanto riguarda le relazioni bilaterali in ambito sanitario, sono stati firmati nuovi *Memorandum* d'Intesa e piani di azione e protocolli tecnici di collaborazione, realizzati gemellaggi amministrativi e visite di studio, organizzati incontri e seminari di confronto tra Sistemi sanitari nazionali. Di rilievo il rilancio delle relazioni con le autorità libiche per assicurare la cura in strutture sanitarie italiane di alta specializzazione di un numero predefinito di cittadini libici, offesi da ordigni bellici e non convenientemente curabili nelle strutture sanitarie locali, danneggiate nel corso della recente guerra.

In qualità di Autorità nazionale competente ai sensi del regolamento REACH (CE)1907/2007, in materia di registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche, il Ministero ha dato attuazione al Piano nazionale di vigilanza 2012. In tale ambito le attività hanno riguardato le ispezioni svolte sul territorio nazionale per la verifica della conformità ai regolamenti comunitari, l'individuazione della rete dei laboratori per effettuare i necessari controlli, il supporto alla predisposizione della normativa, la collaborazione con l'ISS e con l'ISPRa Ambientale per la valutazione dei documenti elaborati dall'Agenzia Europea (ECHA — *European Chemical Agency*) in materia di registrazione delle sostanze chimiche, il monitoraggio dei progetti sottoscritti con altri enti pubblici in precedenti esercizi finanziari. A valere sulle risorse allocate sul capitolo 4145, che presentava uno stanziamento iniziale di 332.000 euro, nel corso dell'anno sono stati stipulati due accordi di collaborazione⁴⁸.

Nel 2012 è continuata l'attività di collaborazione con AIFA e con l'Agenzia delle Dogane per gli aspetti relativi ai controlli sulle importazioni di merci di interesse sanitario ai fini di contrastare il fenomeno delle contraffazioni dei farmaci e dei dispositivi medici.

In materia di prevenzione delle dipendenze, con riferimento a quelle da alcool, nel corso dell'esercizio è stata presentata la Relazione annuale al parlamento, che contiene un quadro epidemiologico aggiornato, anche con confronti con la situazione europea, sui consumi di bevande alcoliche, i modelli di consumo e i consumi a rischio nella popolazione generale e in quella giovanile, nonché i dati sulla mortalità e morbilità alcool correlate, sui ricoveri ospedalieri, sulla spesa farmaceutica, sui servizi alcoologici territoriali; è stato svolto il

⁴⁷ I progetti selezionati riguardano l'Area "salute materno-infantile", con speciale attenzione alla nutrizione del bambino; l'Area "prevenzione oncologica" relativamente al potenziamento dell'utilizzo dei dati raccolti dai registri; l'Area "epidemiologia e prevenzione (primaria, secondaria e/o terziaria) delle neoplasie, con particolare riguardo a quelle influenzate da determinanti sociali e ambientali", in cui il progetto è diretto alla formazione di personale locale dei Paesi partecipanti ai fini di migliorare le capacità di orientamento delle scelte di politica sanitaria nel settore oncologico; l'Area "insufficienza cardiorespiratoria" in cui il progetto, attraverso uno scambio di informazioni e di esperienze tra medici impegnati nel settore, è diretto ad aumentare la preparazione al contrasto alle situazioni cliniche di insufficienza respiratoria grave.

⁴⁸ Con l'Università Tor Vergata, per un importo di 15.000 euro e con l'Istituto Superiore di Sanità, per un importo di 297.000 euro, sono stati, inoltre, impegnati 6.721 euro per il rimborso di spese relative a verifiche ispettive e servizi resi da *Carlson Wagonlit*. I pagamenti effettuati nel corso del 2012 relativi ad accordi stipulati negli anni precedenti e a rimborsi spese varie sono stati pari a 558.000 euro.

monitoraggio delle attività realizzate dalle Regioni nell'anno 2011⁴⁹; è stata realizzata, in collaborazione con le Regioni, la rilevazione annuale sui servizi territoriali per l'alcool-dipendenza e la relativa utenza, prevista dal d.m. 4 settembre 1996 ed inserita nell'ambito del Programma Statistico Nazionale; è stato implementato lo specifico Piano Nazionale Alcohol e Salute nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012.

In tema di dipendenze patologiche, il Ministero ha partecipato al tavolo tecnico in Conferenza Unificata ai fini dell'intesa sullo schema di decreto inter dirigenziale concernente le linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia.

In tema di disabilità, il Ministero ha coordinato e gestito le azioni previste dalla legge n. 284/1997 riguardanti: la raccolta e supervisione dei dati regionali sulla riabilitazione visiva, la presentazione in conferenza Stato-Regioni delle Linee di indirizzo per la riabilitazione visiva e la gestione dei relativi finanziamenti (1.981.389 euro, capitolo 4400); collaborazione con il Polo Nazionale di prevenzione cecità e con IAPB Italia Onlus (1.869.721 milioni, capitolo 4401). Per quanto riguarda la sordità, sono ripresi i lavori del Tavolo di prevenzione e sono stati aggiornati i progetti CCM in materia (progetto AGENAS sugli *Screening* audiologici neonatali). Relativamente all'area invalidità civile, si è proceduto all'attività di coordinamento per la stesura del decreto interministeriale ai fini dell'approvazione delle Nuove Tabelle.

Le iniziative relative alle campagne di comunicazione, per un impegno finanziario di circa 1,8 milioni, hanno riguardato: la corretta alimentazione nei bambini, la salute della donna, l'allattamento al seno, la lotta all'AIDS e alle malattie sessualmente trasferibili; l'abuso di alcool e guida; la donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule; la prevenzione dell'infertilità; l'abbandono dei cani; la buona alimentazione; le epatiti; le cure palliative e terapia del dolore.

4.1.3. Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti

Il programma è stato finanziato con 106,4 milioni, sono state impegnate somme per 104,2 milioni e pagate per 103,7. I consumi intermedi assorbono la quota maggiore di risorse: il 58,6 per cento di stanziamenti ed il 58,9 per cento di impegni. A questa categoria economica è riferibile il 79 per cento dei residui finali. In particolare il capitolo con la dotazione finanziaria più consistente (45 milioni, pari al 42,4 per cento dell'intero programma) riguarda le spese per il potenziamento della sorveglianza epidemiologica delle encefalopatie spongiformi trasmissibili, delle altre malattie infettive e diffuse degli animali, nonché del sistema di identificazione e registrazione degli animali.

Con il d.P.R. n. 108/2011 è stata istituita, all'interno del Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute, la Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione con il compito di assicurare un elevato livello di partecipazione alla fase di elaborazione della normativa tecnica europea.

⁴⁹ Tutte le Regioni e le Province autonome hanno dato riscontro alle richieste informative del Ministero, inviando la relazione richiesta, ed hanno pertanto ricevuto la quota di riparto spettante sulle risorse complessivamente stanziata per l'anno 2011, pari a euro 279.928. Per il monitoraggio da realizzare nell'anno 2013 è stato concordato con le Regioni il riparto delle risorse impegnate a tal fine per l'anno finanziario 2012, pari a 207.265 euro.

SANITA' PUBBLICA VETERINARIA, IGIENE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI

Categorie economiche	Stanziamen- to definitivo		Impegni Lordi		Pagato totale		Residui finali	
		%		%		%		%
Redditi da lavoro dipendente	40.816	38,3	39.724	38,1	39.555	38,1	188,26472	0,7
<i>di cui imposte pagate sulla produzione</i>	1.787	1,7	1.754	1,7	1.754	1,7	0	0
Consumi intermedi	62.426	58,6	61.339	58,9	62.654	60,4	22.687	78,8
Trasferimenti di parte corrente	2.177	2	2.125	2	497	0,5	2094,1701	7,3
<i>di cui alle AAPP</i>	584,24	0,5	561,0318	0,5	466	0,4	561,0318	1,9
Totale spese p/corrente	105.420	99	103.187	99	102.707	99	24.969	87
Investimenti fissi	28	0	28	0	7,18394	0	3.823	13,3
trasferimenti in c/capitale	999	0,9	999	1	999	1	0	0
Totale spese c/capitale	1.027	1,0	1.027	1	1.006	1	3.823	13,3
Totale spese complessive	106.447	100	104.214	100	103.713	100	28.792	100

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nel corso del 2012, l'attività del Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute e della Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, istituita con il d.P.R. n. 108/2011, è stata rivolta all'attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli, con riferimento ai contaminanti ambientali, l'igiene degli alimenti di origine animale e non animale, l'igiene delle tecnologie alimentari e OGM, i prodotti destinati ad un'alimentazione particolare e integratori alimentari, gli alimenti addizionati con vitamine e minerali, l'importazione di alimenti, e all'elaborazione della normativa tecnica nazionale ed europea in materia. I controlli previsti dal PNI sono implementati dai Servizi Veterinari e di Sicurezza alimentare delle Regioni e Province autonome secondo le linee previste dai rispettivi Piani Regionali (PRIC)⁵⁰. Nel contesto della Certificazione degli adempimenti svolta dal Comitato LEA ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 23/03/2005, il Dipartimento svolge la verifica annuale delle Regioni tramite un apposito *set* di indicatori: tale attività, avviata a partire dal 2007 per 16 Regioni, nel 2012 è stata estesa a tutte le Regioni italiane. Nel caso delle Regioni in piano di rientro, ha espresso i pareri per la riorganizzazione dei Servizi veterinari e di sicurezza alimentare.

Nell'ambito dei controlli previsti dal PNI per quanto riguarda la ricerca dei contaminanti ambientali nei mangimi, si sono evidenziate percentuali molto bassi di non conformità⁵¹. Specifiche attività hanno riguardato i Siti di Interesse Nazionale (SIN) indicati dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare come aree contaminate ad alto impatto ambientale⁵².

⁵⁰ I PRIC sono caratterizzati dalla elencazione di tutti i Piani regionali e nazionali che le AASSLL devono svolgere, nonché dagli strumenti di categorizzazione del rischio degli stabilimenti e delle diverse tipologie di imprese alimentari, dalle relative frequenze di controlli da svolgere e del numero di campionamenti da eseguire, dalle *check list* per i controlli ufficiali e dalla modulistica standardizzata per la gestione delle diverse attività.

⁵¹ E' stata tuttavia segnalata l'anomalia rappresentata dalla mancanza di risultati non conformi per "diossina", a fronte di un consistente numero di campioni prelevati (sorveglianza/vigilanza), posto che risulta comunque la presenza di tale sostanza o di sostanze diossino-simili in taluni ambiti del territorio nazionale. Si è ravvisata pertanto la necessità di un'ulteriore attività di campionamento per la rilevazione del fenomeno.

⁵² Nel 2011 era stata completata la mappatura del territorio nazionale, l'aggiornamento del sistema informativo NSIS ed il suo adeguamento agli standard EFSA e la realizzazione del Sistema Informativo Geografico (SINSA) in cui sono state inserite tutte le carte geografiche dei SIN.

Ancora problematici, relativamente ad alcune aree del Paese, gli esiti del monitoraggio su alimenti di origine vegetale in termini di contaminazioni chimiche. Nel 2012 è proseguito il piano riguardante “la gestione delle emergenze microbiologiche legate al consumo di prodotti vegetali nella Piana del Sele”. In tale zona, infatti, sono stati riscontrati diversi focolai di tossinfezione dovuti alla contaminazione di tali prodotti da parte di microrganismi patogeni da ricondurre principalmente alla contaminazione delle fonti d’acqua impiegate per irrigare le colture e lavare i raccolti prima del conferimento alla trasformazione, nonché alle pratiche di coltivazione, manipolazione e lavorazione.

Per quanto riguarda il programma di controllo sui residui di prodotti fitosanitari, da alcuni anni si è raggiunto l’obiettivo di portare la soglia delle irregolarità sotto l’1 per cento (0,4 per cento), confermando l’elevato livello di sicurezza alimentare dei prodotti vegetali e l’elevato livello di protezione dei consumatori. Quanto ai prodotti fitosanitari, dagli oltre 21.000 controlli effettuati è risultata una percentuale di infrazioni poco superiore al 5 per cento.

Parallelamente si è intensificata l’attività valutativa, secondo procedure operative standardizzate, diretta all’autorizzazione, produzione, immissione in commercio e vendita di prodotti fitosanitari: ai sensi del regolamento (CE) 1107/2009, sono state approvate nove sostanze attive mentre una sola sostanza è stata oggetto di un regolamento di non approvazione. Nello svolgimento di tale attività il Ministero si avvale della Commissione Consultiva dei Prodotti Fitosanitari (CCPF, istituita ai sensi dell’articolo 20, comma 1, del d.lgs. n. 194/1995, prorogata all’aprile 2013 dall’art. 15 del DL 158/2012) o di convenzioni con Istituti ed esperti. La CCPF esprime anche pareri in merito alla valutazione comunitaria di sostanze attive, consentendo all’Amministrazione di partecipare attivamente ai lavori comunitari. Le spese di funzionamento sono a carico degli interessati all’attività autorizzativa, secondo tariffe e modalità stabilite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico⁵³. Gli introiti sono versati in conto entrata del bilancio dello Stato per la successiva riassegnazione ad apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero della salute. In tale quadro, merita inoltre rilievo l’adozione del d.P.R. n. 55/2012 di revisione del d.P.R. n. 290/2001 che detta le modalità di semplificazione dei procedimenti di autorizzazione.

Nel settore della dietetica si è proceduto alla valutazione dei circa 15.000 prodotti che sono stati notificati, a fronte dei quali sono emersi 4.000 casi di non conformità. L’attività è stata, inoltre, diretta sia all’adozione di una normativa nazionale sulla disciplina dell’impiego di piante e derivati (d.m. 9 luglio 2012), sia alla ridefinizione dei limiti massimi di vitamine e minerali nonché di altre sostanze che possono essere aggiunte agli integratori alimentari per garantire la sicurezza di tali prodotti, sia a perseguire una armonizzazione della disciplina a livello europeo.

La prosecuzione dei programmi di sorveglianza delle malattie infettive degli animali ha conseguito risultati positivi⁵⁴. Per quanto concerne la rendicontazione alla UE degli esiti di tali

⁵³ Con decreto del 28 settembre 2012 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dello sviluppo economico sono state rideterminate le tariffe relative alla immissione in commercio dei prodotti fitosanitari, a copertura delle prestazioni sostenute e rese a richiesta.

⁵⁴ Il piano di vaccinazione contro la rabbia ha drasticamente ridotto l’incidenza di tale malattia (nel 2011 è stato accertato un solo caso e nessun caso è stato rilevato nel 2012), per l’anemia infettiva degli equidi i risultati della sorveglianza epidemiologica denotano progressivi miglioramenti (da 132 casi nel 2010 a 76 nel 2011 e 43 nel 2012); 58 Province su tutto il territorio nazionale sono state dichiarate indenni da tubercolosi bovina, 70 Province indenni da brucellosi bovina, 79 Province indenni da leucosi bovina e 70 Province indenni da brucellosi ovi-caprina. Tali Province corrispondono alla maggior parte del centro-nord del Paese. Per la malattia vescicolare del suino, eradicata da tutte le Regioni con eccezione di Campania e Calabria, a tal fine è proseguita l’attività dell’apposita *task force* composta da funzionari del Ministero e esperti del Centro di riferimento nazionale per le malattie vescicolari di Brescia, che ha effettuato interventi mirati presso ogni focolaio di malattia; si è assistito poi ad una recrudescenza della peste suina africana in Sardegna per la quale il Ministero ha continuato a svolgere un’intensa attività ispettiva. Su richiesta della Commissione europea sono stati rivisti radicalmente i Piani di eradicazione per la PSA 2012 e 2013, per i quali è previsto il co-finanziamento per euro 850.000 per il 2012 e euro 1.400.000 per il 2013. Nel 2012 i dati relativi all’attività di sorveglianza del vigente Piano di controllo per la *Blue tongue*, ha consentito di dichiarare indenne i territori delle Regioni Piemonte e Liguria, sottoposti a restrizione in seguito all’epidemia di virus BTV8 e BTV1 in Francia, che aveva indotto il ricorso ad una campagna di vaccinazione preventiva al fine di evitare l’ingresso

controlli e dell'attività di prevenzione, sono state presentate alla Commissione Europea le rendicontazioni annuali delle attività cofinanziate per tutti i piani di controllo relativi all'anno 2012 (salmonellosi, brucellosi, tubercolosi, rabbia, etc.), anche ai fini della predisposizione della Relazione EFSA, nonché i relativi piani di controllo per l'approvazione ed il cofinanziamento per l'anno 2013.

Quanto agli scambi commerciali con l'estero, per le esportazioni il sistema informatico SINTESI raccoglie gli elenchi di tutti gli stabilimenti italiani che trattano alimenti di origine animale che, ai sensi del regolamento (CE) 853/2004, hanno ottenuto il riconoscimento e possono quindi immettere i propri prodotti sul mercato comunitario. Per le importazioni di animali e di prodotti di origine animale, si avvale degli uffici veterinari periferici dell'Amministrazione che si articolano in UVAC⁵⁵ e PIF⁵⁶, i primi competenti per i controlli di flussi di merci provenienti da altri Stati membri, i secondi relativamente alle importazioni o al transito di merci da Paesi terzi.

E' proseguita, infine, l'attività diretta a contrastare il sovrappeso e l'obesità nei bambini dai 3 ai 12 anni. Nell'ambito di tali azioni, è stato predisposto un documento di indirizzo che stabilisce principi e regole per una corretta, leale e responsabile politica di comunicazione per garantire un elevato livello di protezione dei bambini. Nell'ambito dei prodotti alimentari disponibili sul mercato e destinati in particolare ai giovani, sono state individuate come strategiche, alcune aree merceologiche (cerealicolo-dolciaria, bevande analcoliche zuccherate, lattiero casearia e gelati) per le quali sono stati definiti degli impegni assunti dal settore produttivo, quali ad esempio riduzione di zuccheri, grassi saturi e sale, rimodulazione delle porzioni e maggiori informazioni in etichetta. Nel maggio 2012 è stato costituito il Gruppo di lavoro per la sicurezza nutrizionale avente la finalità di approfondire le problematiche legate alle emergenti abitudini alimentari, elaborare e proporre iniziative da adottare per migliorare lo stato di nutrizione della popolazione, a partire da quella infantile, attraverso l'intervento su alimenti che comportano criticità correlate a particolari nutrienti, quali grassi saturi, zuccheri e sale.

4.1.4. Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano e di sicurezza delle cure

A tale programma sono stati destinati 452,4 milioni, con un aumento di oltre 400 milioni rispetto al 2011 dovuto alla revisione del Programma stesso nel quale dal 2012 sono confluiti due corposi capitoli di spesa riguardanti le somme per la liquidazione delle transazioni da

dell'infezione nel territorio nazionale. Nel 2012, in esito all'applicazione del decreto 1 aprile 1997 recante "Piano nazionale di controllo della malattia di Aujeszky nella specie suina", modificato dal decreto 30 dicembre 2010, si è assistito ad una riduzione della prevalenza di infezione degli allevamenti positivi, determinando l'interruzione del trend di diffusione della malattia. Risultano nei limiti previsti dalla normativa comunitaria i casi di salmonellosi. Va, infine, ricordato che l'Italia partecipa ad un piano volontario svolto con altri Stati membri della Unione europea finalizzato a quantificare i fenomeni di mortalità negli alveari nonché a individuare eventuali correlazioni tra questi fenomeni e le principali malattie che colpiscono le api. Il piano italiano di durata biennale, iniziato nell'autunno del 2012 è stato approvato ed cofinanziato dalla Unione europea con Decisione 2012/362/UE.

⁵⁵ Gli UVAC, istituiti con d.lgs. n. 27/1993, recante attuazione della direttiva 89/608/CEE, sono complessivamente 17, ciascuno operante con competenza territoriale che copre generalmente il territorio di una o due Regioni; essi gestiscono ogni anno (avvalendosi del sistema informativo comunitario TRACES e del sistema informativo nazionale S.INTE.S.I.) la tracciabilità e il coordinamento dei controlli a destino, da parte delle AASSLL, di circa 1.550.000 partite di animali vivi e di prodotti di origine animale provenienti dagli altri Paesi dell'Unione Europea (dati 2012).

⁵⁶ I PIF - che, su proposta dello Stato membro, sono autorizzati direttamente dalla Commissione europea (Decisione 2009/821/CE e successive modifiche) - gestiscono ogni anno il controllo sanitario di circa 50.000 partite di animali, prodotti di origine animale e mangimi provenienti da Paesi terzi (dati 2012) e sono oggetto di sopralluoghi periodici da parte di ispettori comunitari e nazionali al fine di verificare il mantenimento dei requisiti strutturali e funzionali richiesti dalla normativa vigente in materia. Oltre ai controlli veterinari sui prodotti di origine animale e sugli animali vivi, in quest'ultimo caso anche per la verifica del loro benessere, alcuni PIF effettuano controlli sui prodotti di origine non animale destinati all'alimentazione animale. I PIF svolgono, inoltre, un compito di supporto tecnico ed operativo agli Uffici Doganali per il contrasto del commercio clandestino di prodotti e animali, compito fondamentale per evitare l'introduzione di alimenti a rischio o di malattie altamente contagiose per gli animali o per l'uomo.