

più longeva. E' quindi centrale il compito del Ministero, quale punto di snodo di esperienze e scelte gestionali molto differenziate territorialmente, che non possono giustificare livelli dei servizi diversi per qualità e modalità di accesso.

### **1. Profili istituzionali. Programmazione strategica e finanziaria**

Il Ministero della salute esercita le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti. Esso ha competenza nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni garantite su tutto il territorio nazionale, nella profilassi internazionale, nella determinazione dei principi fondamentali nelle materie a legislazione concorrente con le Regioni (art. 117 Cost.). L'amministrazione si avvale dell'attività di alcuni Entisui quali esercita la vigilanza: Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli Istituti zoo profilattici sperimentali, la Croce Rossa Italiana, la Lega italiana per la lotta contro i tumori, l'Agenzia italiana del farmaco.

La programmazione dell'attività prevista per il 2014 ha risentito ancora delle manovre di contenimento della spesa pubblica attuate negli ultimi anni che si sono tradotte in significativi tagli alle disponibilità finanziarie dei Ministeri e in misure di contenimento della spesa particolarmente impegnative anche per il settore sanitario. Ciò ha orientato l'azione dell'amministrazione verso scelte gestionali e organizzative in grado di ottenere spazi per un miglioramento dei servizi da modalità di spesa più efficienti, da un più efficace del monitoraggio e controllo della qualità dei livelli essenziali di assistenza, da interventi volti ad assicurare una maggiore appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini.

E' questa l'impostazione contenuta nella Direttiva per il 2014 che ha trovato conferma nel Programma nazionale di riforma del DEF 2014.

La finalità di incrementare l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del SSN e migliorare la qualità dei servizi passano innanzitutto attraverso un rafforzamento della prevenzione. E' stata confermata, pertanto, una particolare attenzione per le malattie croniche non trasmissibili attraverso la prosecuzione delle azioni di tutela della salute in tutte le età della vita, interventi di prevenzione secondo un approccio unitario al controllo dei fattori di rischio, anche ambientali, alla medicina predittiva, ai programmi pubblici di screening e alla prevenzione delle recidive e delle complicanze di malattia. Con la predisposizione del nuovo Piano nazionale di prevenzione si è previsto che una particolare attenzione sia posta al contrasto dei comportamenti a rischio (tossicodipendenze, patologie tipiche delle fasce deboli della popolazione) proseguendo inoltre nella sorveglianza delle malattie infettive e della diffusione delle malattie trasmissibili che hanno assunto di recente carattere di vere emergenze.

Ma l'azione dell'amministrazione doveva incentrarsi soprattutto sulla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone la valutazione. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) doveva rappresentare lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del SSN. I flussi informativi disponibili incentrati sull'individuo potevano consentire il monitoraggio delle prestazioni erogate nei diversi ambiti assistenziali, permettere di effettuare analisi integrate e trasversali ai diversi LEA, nonché di fornire un contributo per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard*.

Nella programmazione, lo sviluppo dell'eHealth rappresentava una leva strategica che poteva contribuire a conciliare la qualità del servizio con il controllo della spesa. A tal fine si prevedeva di proseguire nell'anno le iniziative promosse in collaborazione con le regioni su diversi interventi: i centri unici di prenotazione, il fascicolo sanitario elettronico, i certificati di malattia telematici, l'@-Prescription, la de-materializzazione dei documenti sanitari, la telemedicina.

Ma un contributo significativo alla qualità delle cure non poteva che venire dagli operatori del settore. Nell'esercizio, l'obiettivo della valorizzazione delle competenze dei

professionisti era volto a promuovere e realizzare l'integrazione di tutte le categorie professionali in modo da garantire ulteriormente l'efficacia e la qualità delle prestazioni. In questo ambito particolare rilievo era attribuito al passaggio al regime ordinario dell'attività libero professionale intramuraria che doveva favorire un'omogeneità sul territorio nazionale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, salvaguardando sia il diritto all'esercizio dell'attività da parte dei professionisti, che quello alla salute del cittadino.

Appariva centrale, infine, la prosecuzione del programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie previsto dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, al fine di garantire il mantenimento e il rinnovo del patrimonio nazionale delle strutture sanitarie

Determinanti per il controllo della spesa erano poi le scelte da operare in particolari settori. Era il caso di quello dei dispositivi medici che stava mostrando una dinamica superiore a quella dello stesso settore farmaceutico e presentava specificità di rilievo che lo rendono più difficile da regolare e da monitorare.

Anche sulla spinta del programma del Semestre europeo e della preparazione della manifestazione di Expo Milano 2015, gli interventi a tutela della salute pubblica e della sicurezza degli alimenti erano preordinati ad una razionalizzazione dei controlli sanitari e al rafforzamento del coordinamento delle attività delle regioni e delle PPAA, anche ai fini di una corretta valutazione e gestione del rischio della catena alimentare. Con la predisposizione del Piano pluriennale nazionale integrato dei controlli e le verifiche delle attività regionali sui prodotti di origine animale si puntava a dare continuità nel monitoraggio sui prodotti di origine non animale.

Per le esportazioni si trattava di valorizzare le certificazioni sanitarie, al fine di documentare la sicurezza dei prodotti alimentari italiani sia rispetto alla tutela dei consumatori di Paesi terzi, sia rispetto alla prevenzione della diffusione all'estero delle malattie infettive zootecniche.

Per quanto riguarda la medicina veterinaria, alle attività di controllo nell'utilizzo dei medicinali dovevano accompagnarsi quelle volte alla predisposizione di Linee di indirizzo nell'utilizzo in veterinaria di dispositivi medici garantendo una migliore informazione agli operatori del settore.

Era prevista, infine, la riqualificazione della spesa destinata alla ricerca sanitaria, razionalizzando l'utilizzo delle risorse assegnate e implementando il sistema di selezione dei progetti di ricerca presentati.

## **2. Analisi della struttura organizzativa**

### *2.1. La revisione degli assetti organizzativi e la riduzione degli organici*

Con il dPCM n. 59/2014 è stato adottato il nuovo regolamento di organizzazione del Ministero. La precedente struttura, che si articolava in 3 Dipartimenti, viene modificata e sostituita da una organizzazione più snella che pone al vertice amministrativo la figura del Segretario Generale, al quale spetta il coordinamento di dodici direzioni generali<sup>1</sup>. Nel corso dell'anno sono stati adottati diversi provvedimenti finalizzati a ridisegnare anche gli uffici di livello dirigenziale non generale, la ripartizione delle competenze e l'allocatione delle risorse umane e finanziarie.

In base al dPCM del 22 gennaio 2013 l'attuale pianta organica del Ministero prevede 124 posti di Uffici dirigenziali, 247 dirigenti delle professionalità sanitarie e 1.328 unità di area. Rispetto a tale dotazione si erano evidenziate già lo scorso anno delle situazioni di sovrannumero concentrate nelle aree funzionali e dei dirigenti medici. Le prime sono state

<sup>1</sup> Direzioni generali della prevenzione sanitaria, della programmazione sanitaria, delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN, dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, della ricerca e dell'innovazione in sanità, della vigilanza sugli Enti e della sicurezza delle cure, della sanità animale e dei farmaci veterinari, per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, degli organi collegiali per la tutela della salute, della comunicazione e dei rapporti europei internazionali, del personale, dell'organizzazione e del bilancio.

ritenute riassorbibili dall'Amministrazione attraverso le procedure di esodo volontario previste dalla legge (senza quindi ricorrere a mobilità obbligatoria). Rispetto al 2013 si realizza una riduzione del personale di area a tempo indeterminato del 2,7 per cento. Per quanto riguarda invece gli esuberanti delle particolari figure dei dirigenti delle professionalità sanitarie (inquadri nei profili professionali di medico chirurgo, medico veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo), tale personale non viene equiparato alla dirigenza piena, ma è titolare di incarichi *ad hoc*; pertanto, ai fini delle misure di contenimento del personale, è stato ricompreso nel taglio complessivo del 10 per cento da applicare alle aree funzionali, attuato utilizzando le forme di compensazione verticale (con gli Enti vigilati) e trasversale (con le altre Amministrazioni) consentite dalla legge<sup>2</sup>.

TAVOLA I

## DOTAZIONE ORGANICA E PERSONALE IN SERVIZIO

	organico	personale in servizio*			
		2013		2014	
		A tempo indeter.	A tempo det.	A tempo indeter.	A tempo det.
Uffici dirigenziali I fascia	13	14	3	11	3
Uffici dirigenziali II fascia	111	105	14	102	12
<b>Totale Uffici dirigenziali</b>	<b>124</b>	<b>119</b>	<b>17</b>	<b>113</b>	<b>15</b>
<b>dirigenti delle professionalità sanitarie</b>	<b>247</b>	<b>249</b>	<b>165</b>	<b>248</b>	<b>162</b>
Area III	525	553	0	535	0
Area II	794	845	31	825	31
Area I	9	7	0	7	0
<b>Totale personale non dirigente</b>	<b>1.328</b>	<b>1.405</b>	<b>31</b>	<b>1.367</b>	<b>31</b>

\*al lordo delle unità di personale fuori ruolo o in aspettativa

Fonte: dati Ministero della salute

Per il personale a contratto, al fine di ridurre il numero e valorizzarne la professionalità acquisita, è stata attivata nel corso dell'anno la procedura concorsuale prevista dall'art. 4, comma 6, del DL n. 101/2013 e nella graduatoria finale sono risultati vincitori 20 dei 31 operatori tecnico-sanitari a contratto. Mentre per i dirigenti medici con contratto ex art. 34-bis del DL n. 207/2008 (al momento 162), non essendo consentita l'attivazione delle procedure concorsuali di cui al citato DL n. 101/2013, la saturazione degli organici rende complessa l'ipotesi di riassorbimento nei ruoli.

La dotazione organica riportata nella tab. A del dPCM 59/2014 non prevede la distinzione tra Uffici centrali e periferici, ma l'analisi dell'organico effettivo vede l'impiego presso gli uffici periferici di oltre il 45 per cento dei dirigenti delle professionalità sanitarie, del 41,5 per cento del personale di area e del 13,2 per cento dei dirigenti.

## 2.2. Articolazione delle strutture periferiche

Il Ministero è dotato di quattro diverse tipologie di uffici periferici: Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF), Uffici Veterinari per gli Adempimenti Comunitari, (UVAC), Posti d'Ispezione Frontaliera (PIF), Servizi di Assistenza Sanitaria al personale Navigante (SASN). Nell'ambito della riorganizzazione del Ministero è previsto, anche ai fini di un impiego più razionale ed efficace delle risorse umane, finanziarie e strumentali degli uffici periferici, un riordino a livello interregionale delle funzioni di supporto all'attività tecnica di tali uffici, attraverso la creazione di servizi comuni per la gestione centralizzata degli aspetti amministrativo-contabili, logistici e finanziari. Gli USMAF (12 Uffici principali e 37 Unità

<sup>2</sup> Riguardo agli esiti degli interventi di riduzione degli assetti organizzativi e delle dotazioni organiche si richiama la Relazione approvata con Delibera 23/2014/G della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato della Corte dei conti.

territoriali, dislocate in corrispondenza dei principali punti di ingresso internazionali) e i due uffici SASN (Genova per il centro-nord e Napoli per il sud e le isole) sono coordinati dal punto di vista tecnico dalla Direzione Generale della Prevenzione. Presso gli USMAF prestano servizio 440 persone tra medici, tecnici della prevenzione tecnici dei servizi ed informatici e personale amministrativo. Nel 2014 detti uffici hanno svolto 262.877 interventi, di cui 220.319 controlli sulle merci importate da Paesi Terzi, 19.854 controlli sui mezzi di trasporto, 17.947 visite mediche ed attività medico-legali, 4.757 vaccinazioni internazionali. A queste attività si sono aggiunti i controlli sui flussi migratori per gli oltre 140.000 migranti irregolari giunti sulle coste italiane. L'art. 1 comma. 233 della legge n. 147/2013 ha disposto la concentrazione dell'esercizio delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante ed aeronavigante presso gli USMAF, anche ai fini di una razionalizzazione della rete ambulatoriale del Ministero mediante l'unificazione delle strutture presenti sul territorio. Tale assistenza viene erogata attraverso la rete USMAF-SASN (personale medico e non medico che opera presso gli ambulatori gestiti direttamente dal Ministero, nonché da medici fiduciari che erogano le prestazioni nei propri studi professionali o effettuano visite domiciliari) costituita da 26 ambulatori, 140 unità di personale dipendente, 102 unità di personale sanitario a rapporto convenzionale, 176 unità di personale medico ambulatoriale, 367 unità di medici fiduciari e 114 medici fiduciari per l'assistenza sanitaria all'estero. Nello schema di riorganizzazione degli Uffici dirigenziali non generali del Ministero della salute è prevista una riduzione del numero complessivo degli USMAF e si auspica che con il completamento del processo di riorganizzazione potrà essere effettivamente implementato un nuovo modello organizzativo della rete delle sedi periferiche della D.G. della prevenzione sanitaria che porti anche ad una razionalizzazione delle prestazioni e delle risorse umane e strumentali.

Ad essi si aggiungono 17 Uffici Veterinari per gli Adempimenti Comunitari (UVAC) e 23 Posti d'Ispezione Frontaliera (PIF)<sup>3</sup>.

### 2.3. Organismi vigilati

Il nuovo regolamento di organizzazione del Ministero ha attribuito alla Direzione Generale della vigilanza sugli Enti e della sicurezza delle cure la competenza in materia di vigilanza su Croce Rossa Italiana (CRI), Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT), Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP) e Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici. L'attività di vigilanza comporta l'approvazione dei documenti contabili deliberati dagli Enti (conto consuntivo, bilancio preventivo ed eventuali variazioni), degli statuti e regolamenti di organizzazione, contabilità e funzionamento, l'istruttoria nell'ambito di procedimenti di nomina dei rappresentanti del Ministero negli organi degli Enti (per quanto attiene alla nomina dei direttori scientifici degli IRCCS, la stessa rientra nella competenza della Direzione Generale della ricerca sanitaria e dell'innovazione in sanità), l'esame dei verbali dei collegi dei revisori dei conti/sindacali ed eventuali richieste di chiarimenti, l'acquisizione di elementi conoscitivi e di valutazione in esito anche alle verifiche amministrativo-contabili disposte dai servizi ispettivi del Ministero dell'economia e delle finanze, nonché alle relazioni predisposte dalla Corte dei conti in attuazione di disposizioni legislative vigenti, la predisposizione di relazioni al Parlamento in ordine all'attività svolta dagli Enti e alla gestione finanziaria (CRI, LILT), la richiesta di atti – anche se non rientranti tra quelli soggetti ad approvazione – al fine di conoscere e valutare eventuali criticità di rilievo

<sup>3</sup> Gli UVAC hanno una competenza territoriale che copre generalmente il territorio di una Regione e, in taluni casi, di due Regioni e gestiscono ogni anno la tracciabilità e il coordinamento dei controlli a destino, da parte delle ASL animali vivi e di prodotti di origine animale provenienti dagli altri Paesi dell'Unione europea. I PIF sono uffici veterinari riconosciuti ed abilitati dalla Commissione europea ad effettuare i controlli veterinari su animali vivi, prodotti di origine animale e mangimi provenienti da Paesi terzi e destinati al mercato comunitario o in transito verso altri Paesi terzi.

connesse alle funzioni istituzionali dell'ente. Alla Direzione generale della prevenzione sanitaria è invece affidata, ai sensi della legge n. 284/1997, la vigilanza sull'attività della Sezione italiana dell'Agazia internazionale per la prevenzione della cecità (IAPB Italia Onlus) che trasmette al Ministero annualmente il bilancio di previsione ed il consuntivo. Anche nel 2014 lo stanziamento di bilancio previsto sul cap. 4401 a favore della Sezione suddetta è stato assegnato dopo che la Direzione generale ha esaminato i programmi finalizzati alla prevenzione della cecità, ritendendoli in linea con le politiche di prevenzione sanitaria in materia di ipovisione e cecità concordate con il Ministero stesso.

E' rilevante la dimensione occupazionale dell'area degli Enti vigilati: gli Enti pubblici nazionali superano le 5 mila unità (di cui oltre 4 mila a tempo indeterminato), mentre negli IRCCS sono impiegate più di 22mila unità (21 mila a tempo indeterminato).

#### *2.4. Misure adottate per prevenire la corruzione e le altre forme di illecito*

Il Piano di prevenzione della corruzione (PTPC) per il periodo 2013-2016 è stato adottato, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della legge 6 novembre 2012, n.190<sup>4</sup>, con d.m. del 31 gennaio 2014. Il Direttore generale della D.G. degli organi collegiali per la tutela della salute è stato individuato quale Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC).

L'Amministrazione ha reputato sufficiente il livello di attuazione del Piano considerando che è stata realizzata la rotazione negli incarichi di direzione degli uffici generali, in occasione dell'attuazione del nuovo regolamento di organizzazione del Ministero ed è stata avviata la ricognizione del personale addetto ai processi a più elevato livello di rischio di corruzione. E' stato inoltre predisposto con l'Ufficio legislativo uno schema di regolamento inoltrato al Dipartimento della Funzione Pubblica con una proposta di individuazione degli incarichi vietati ai dipendenti del Ministero e degli Enti vigilati. Nei contratti di acquisizione di beni o servizi sono state introdotte clausole finalizzate al rispetto del divieto previsto dall'art. 53, comma 16-ter del decreto legislativo n. 165 del 2001, unitamente alla previsione della estensione degli obblighi contemplati dal Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni ai collaboratori delle imprese fornitrici. E' stato, infine, realizzato un sistema informativo dedicato alla segnalazione degli illeciti da parte del dipendente, con garanzia di anonimato. L'attuazione del PTPC è stata tuttavia rallentata e resa più complessa dal processo di riordino del Ministero che ha determinato la modifica parziale della precedente ripartizione delle attribuzioni relative alla gestione delle attività ad elevato rischio di corruzione<sup>5</sup>. Le criticità rilevate dall'Amministrazione ad un anno dall'adozione del Piano concernono: la carenza di formazione sulle tematiche di *risk management*, di modelli di funzionamento in rete e di sistemi di monitoraggio, l'assenza di una struttura specificamente dedicata all'attività di prevenzione della corruzione e dotata di appropriate risorse umane - appositamente formate - strumentali e finanziarie e la mancanza di un ufficio ispettivo interno. A ciò si aggiunge poi una ancora scarsa diffusione tra il personale, dirigente e non, della consapevolezza dell'utilità dell'azione di prevenzione della corruzione.

<sup>4</sup> La legge reca "Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e prevede l'adozione di Piani triennali di prevenzione della corruzione (PTPC) da parte delle Pubbliche amministrazioni, finalizzati all'individuazione delle attività nelle quali è maggiore il rischio di corruzione e alla previsione, in relazione a tali attività, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. In fase di prima applicazione, il Piano riguarda il periodo 2013-2016, così come previsto dal Piano Nazionale anticorruzione (PNA).

<sup>5</sup> Inoltre, la rilevante riduzione, con accorpamento, degli organismi collegiali operanti presso il Ministero, conseguente al riordino degli stessi previsto dal d.P.R. n. 44 del 2013, ha prodotto un forte rallentamento nella costituzione dei medesimi e non ha, quindi, consentito la convocazione da parte del RPC dei rappresentanti delle associazioni dei consumatori e utenti e delle associazioni di categorie in tali organismi, contemplata dal PTPC nell'ambito delle azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.

### 2.5. Attività dei NAVS

Il lavoro di analisi del Nucleo confluisce annualmente nel “Rapporto sulla spesa delle amministrazioni centrali dello Stato” predisposto dalla Ragioneria generale dello Stato, tuttavia nel 2014 non sono state svolte specifiche attività in tal senso in considerazione delle esigenze legate alla ristrutturazione delle missioni e dei programmi del bilancio dello Stato a seguito della riorganizzazione delle varie Amministrazioni, nonché del funzionamento dei gruppi di lavoro istituiti dal Commissario straordinario per la *spending review*.

Pur in assenza di uno specifico programma di lavoro il Nucleo ha provveduto a far aggiornare dai competenti Uffici gli indicatori di contesto e di risultato in precedenza individuati per i vari programmi del bilancio.

## 3. Analisi finanziarie e contabili

### 3.1. Analisi della gestione delle spese

Nel 2014 il Ministero della salute ha gestito risorse pari a 1.549 milioni, di cui 442 milioni destinati alla Ricerca e innovazione (il 28,5 per cento del totale) e 1.035 alla Tutela della salute (il 66,8 per cento). Rispetto al 2013 gli stanziamenti sia iniziali che finali risultano in aumento: i primi del 6,3 per cento ed i definitivi del 2,1 per cento. In particolare crescono del 4,7 per cento gli stanziamenti finali di spesa corrente, fondamentalmente per l'aumento dei trasferimenti correnti alle famiglie; mentre flettono di oltre il 47 per cento gli stanziamenti in conto capitale, nell'ambito dei quali, tuttavia, si evidenzia un lieve rialzo (12 per cento) degli investimenti fissi lordi. Rimane costante rispetto al biennio precedente il tasso di riduzione dei consumi intermedi (circa il 19 per cento). L'andamento degli stanziamenti si riflette anche sulle altre fasi gestionali del bilancio: le spese correnti aumentano del 5,6 per cento quanto ad impegni e del 10,9 per cento come pagamenti. Un risultato in cui continua ad essere determinante l'aumento delle spese per trasferimenti alle famiglie (indennizzi e risarcimenti) e alle istituzioni sociali private, mentre le altre categorie di spesa sono in flessione. Per le spese in conto capitale, flettono in maniera molto significativa sia gli impegni (-47,4 per cento) che i pagamenti (-48,3 per cento).

TAVOLA 2

I RISULTATI DELLE GESTIONI 2013 E 2014

(in migliaia)

Categorie economiche	Stanziamenti definitivi di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza	Impegni Lordi	Impegni Lordi	Pagamenti totali	Pagamenti totali	Residui finali	Residui finali
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Redditi da lavoro dipendente	171.564	167.341	167.574	154.192	167.019	154.178	3.263	2.539
di cui imposte pagate sulla produzione	8.084	7.834	7.890	7.208	7.852	7.194	118	125
Consumi intermedi	161.534	130.576	158.918	126.657	162.317	115.952	81.991	80.655
Trasferimenti di parte corrente	1.101.659	1.209.013	1.096.371	1.227.008	903.181	1.101.870	610.444	599.485
di cui alle AAPP	461.318	451.427	461.090	451.298	454.330	464.056	184.363	214.640
Altre spese correnti	6.801	2.293	6.595	1.995	6.578	1.753	37	279
<b>Totale spese p/corrente</b>	<b>1.441.557</b>	<b>1.509.222</b>	<b>1.429.458</b>	<b>1.509.852</b>	<b>1.239.096</b>	<b>1.373.752</b>	<b>695.734</b>	<b>682.958</b>
Investimenti fissi	1.162	1.306	1.162	1.305	626	1.457	1.156	901
Trasferimenti in c/capitale	73.971	38.197	73.971	38.197	52.424	25.979	47.663	38.244
di cui alle AAPP	71.377	37.147	71.377	37.147	49.831	24.929	47.663	38.244
<b>Totale spese c/capitale</b>	<b>75.132</b>	<b>39.503</b>	<b>75.132</b>	<b>39.503</b>	<b>53.050</b>	<b>27.437</b>	<b>48.820</b>	<b>39.145</b>
<b>Totale spese complessive</b>	<b>1.516.690</b>	<b>1.548.725</b>	<b>1.504.590</b>	<b>1.549.354</b>	<b>1.292.146</b>	<b>1.401.189</b>	<b>744.554</b>	<b>722.103</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nella composizione interna della spesa il peso maggiore continua ad essere rappresentato dai trasferimenti di parte corrente (78,1 per cento in termini di stanziamenti), seguiti dagli oneri per il personale (10,8 per cento) e dai consumi intermedi (8,4 per cento). La spesa in conto capitale che nel 2013 rappresentava il 5 per cento della spesa complessiva, scende in termini percentuali al 2,6 per cento.

Gli stanziamenti iniziali erano pari a 1.353 milioni e attraverso provvedimenti di variazione sono stati elevati di circa 195,1 milioni. Nell'ultimo triennio si è progressivamente ridotto lo scostamento tra stanziamenti iniziali e definitivi, segno di un miglioramento della capacità programmatoria dell'Amministrazione; la variazione passa infatti dal 24,3 per cento del 2012 al 14,4 del 2014. I capitoli maggiormente interessati dalle integrazioni di bilancio appartengono in prevalenza alla categoria "Redditi da lavoro dipendente" (Fondo unico di amministrazione per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi istituzionali), ai consumi intermedi (spese per i vaccini inerenti malattie infettive diffuse e quaternarie, spese per l'attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana, spese per l'attività di informazione sanitaria ai fini della promozione della salute, viaggi e soggiorni di esperti in relazione ad accordi internazionali), ai trasferimenti alle PA (in particolare trattasi di spese per la ricerca finalizzata in attuazione degli obiettivi prioritari biomedici e sanitari del Piano sanitario nazionale e somme da assegnare agli IRCCS e all'ISS). Aumentano anche gli stanziamenti per la categoria V nei capitoli relativi al rimborso per l'assistenza sanitaria all'estero e alla liquidazione di indennizzi e risarcimenti per i soggetti danneggiati da vaccini ed emoderivati. Uno scostamento molto significativo tra stanziamenti iniziali e definitivi si apprezza nelle spese in conto capitale, in particolare per le variazioni in aumento sul capitolo delle spese per fronteggiare le emergenze sanitarie in materia di salute umana e veterinaria e per i trasferimenti a PA (somme da assegnare agli IRCCS e all'ISS).

TAVOLA 3

## GLI STANZIAMENTI DI SPESA NEGLI ANNI 2012-2014

(in migliaia)

Categorie spesa - Titoli spesa	2012			2013			2014		
	iniziali di competenza	definitivi di competenza	scost. %	iniziali di competenza	definitivi di competenza	scost. %	iniziali di competenza	definitivi di competenza	scost. %
Redditi di lavoro dipendente	138.759	185.954	34,0	132.534	171.564	29,4	129.138	167.341	29,6
<i>di cui imposte pagate sulla produzione</i>	7.069	8.808	24,6	6.676	8.084	21,1	6.461	7.834	21,2
Consumi intermedi	114.395	199.717	74,6	103.801	161.534	55,6	95.289	130.576	37,0
Trasferimenti di parte corrente	964.909	1.090.426	13,0	1.026.919	1.101.659	7,3	1.119.198	1.209.013	8,0
<i>di cui alle amministrazioni pubbliche</i>	476.619	483.181	1,4	438.470	461.318	5,2	450.781	451.427	0,1
Altre uscite correnti	12.711	9.340	-26,5	9.564	6.801	-28,9	9.367	2.293	-75,5
<i>di cui interessi passivi</i>	0	0	-100,0	0	0		0	3	-100,0
<b>SPESE CORRENTI</b>	<b>1.230.774</b>	<b>1.485.438</b>	<b>20,7</b>	<b>1.272.817</b>	<b>1.441.557</b>	<b>13,3</b>	<b>1.352.991</b>	<b>1.509.222</b>	<b>11,5</b>
Investimenti fissi lordi	507	1.116	120,4	448	1.162	159,3	501	1.306	160,6
Trasferimenti in c/capitale	58	44.435	76.512,0	58	73.971	127.435,4	56	38.197	68.109,8
<i>di cui alle Amministrazione pubbliche</i>	0	43.321	-100,0	0	71.377	-100,0	0	37.147	-100,0
<b>SPESE IN CONTO CAPITALE</b>	<b>565</b>	<b>45.551</b>	<b>7.969,1</b>	<b>506</b>	<b>75.132</b>	<b>14.748,2</b>	<b>557</b>	<b>39.503</b>	<b>6.991,0</b>
<b>SPESE COMPLESSIVE</b>	<b>1.231.338</b>	<b>1.530.989</b>	<b>24,3</b>	<b>1.273.323</b>	<b>1.516.690</b>	<b>19,1</b>	<b>1.353.548</b>	<b>1.548.725</b>	<b>14,4</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

### 3.2. Le misure di contenimento della spesa

Anche il 2014 è stato interessato da misure di contenimento della spesa che sono in parte effetti della legislazione degli anni precedenti ed in parte imputabili a provvedimenti legislativi adottati nell'anno. Complessivamente tali interventi hanno determinato riduzioni di stanziamento per circa 126 milioni, di cui 110 milioni in virtù di disposizioni normative già scontate negli stanziamenti iniziali (DL n. 78/2010, DL n. 98/2011, DL n. 95/2012, DL n. 16/2012 e legge di stabilità n. 147/2013), e circa 16 milioni per tagli operati durante la gestione (modifiche al DL n. 35/2013, DL n. 4/2014, DL n. 66/2014) e applicati al bilancio mediante DMT. La quota più rilevante dei tagli ha interessato il programma "Prevenzione e comunicazione..." (32 per cento del totale), seguito dal programma "Sanità pubblica veterinaria..." (18,5 per cento), e dal programma "Programmazione sanitaria..." (15,1 per cento). Con riferimento alle categorie economiche, il 70 per cento delle riduzioni si è concentrato sui consumi intermedi; la categoria segna una riduzione dell'8,2 per cento negli stanziamenti iniziali rispetto a quelli del 2013 e del 19,2 per cento negli stanziamenti definitivi. Quasi il 20 per cento dei tagli è stato, invece, assorbito dai trasferimenti alle PA, categoria all'interno della quale peraltro sono state salvaguardate ed incrementate notevolmente le risorse per gli IRCCS per l'attività di ricerca corrente e le spese per la ricerca finalizzata. Il 2,3 per cento della riduzione disposta in corso d'anno è stato posto a carico dei trasferimenti a famiglie e ad istituzioni sociali private. In tale ambito sono state oggetto di riduzione somme inizialmente destinate ai rimborsi per l'assistenza sanitaria erogata al personale navigante e somme destinate alla CRI per le convenzioni relative alla retribuzione del personale operante nei punti di pronto soccorso aeroportuali, nonché le risorse destinate alla somministrazione dei pasti senza glutine nelle strutture ospedaliere e scolastiche. I capitoli sui quali sono stati operati i tagli maggiori sono il 2411 "Somme occorrenti per la verifica ed il controllo sull'assistenza sanitaria svolta anche avvalendosi della collaborazione di istituti di ricerca..." (-1,4 milioni), il cap. 4393 che riguarda le spese anche di funzionamento del Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie (-4 milioni circa), il cap. 5391 per il potenziamento della sorveglianza epidemiologica delle encefalopatie spongiformi (-2,3 milioni), il capitolo 3443 relativo al Fondo per il funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità (-1,7 milioni) ed il cap. 3458 relativo al fondo per gli oneri di gestione dell'Agenzia italiana per il farmaco (-825 mila euro). Inoltre è stato ridotto di oltre 1 milione il Fondo da ripartire per le finalità previste dalla legge per le quali non si dà più luogo a riassegnazione (cap. 3601). Tuttavia utilizzando la maggiore flessibilità del bilancio prevista dalla legge, l'Amministrazione ha fronteggiato parte dei tagli operati attraverso l'adozione di misure di compensazione e rimodulazione delle risorse anche utilizzando il fondo per consumi intermedi ed il Fondo sostitutivo delle riassegnazioni dalle entrate.

TAVOLA 4

#### RIDUZIONI DI STANZIAMENTO DISPOSTE CON DMT

Missione	Numero DMT Programma	34776   55652   98946			<i>(in migliaia)</i>	
		Competenza			Totale provvedimenti	Comp %
017.Ricerca e innovazione	Ricerca per il settore della sanità pubblica	0	-2.100	0	-2.100	13,2
020.Tutela della salute	Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria umana e coordinamento in ambito internazionale	-1.153	-2.919	-1.051	-5.122	32,1
020.Tutela della salute	Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti	-172	-2.090	-688	-2.950	18,5
020.Tutela della salute	Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana	-591	-1.072	-750	-2.412	15,1
020.Tutela della salute	Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano e di sicurezza delle cure	-124	-719	-91	-934	5,9

Missione	Numero DMT Programma	34776	55652	98946	Totale provvedimenti	Comp %
		Competenza				
020.Tutela della salute	Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario	-85	-231	-51	-367	2,3
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	Indirizzo politico	-24	-194	-14	-232	1,5
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	Servizi e affari generali per le amministrazioni di competenza	-72	-177	-72	-322	2,0
033.Fondi da ripartire	Fondi da assegnare	-571	-531	-402	-1.503	9,4
	<b>TOTALE</b>	<b>-2.791</b>	<b>-10.032</b>	<b>-3.119</b>	<b>-15.942</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

L'Amministrazione nel documento di revisione della spesa predisposto nel 2014 ha individuato delle proposte operative per conseguire effettivi risparmi senza perdere di vista la qualità dei servizi offerti.

Si tratta di misure che rappresentano la prosecuzione di interventi di razionalizzazione ed efficientamento già avviati negli anni scorsi: l'utilizzo più razionale degli immobili<sup>6</sup> anche degli uffici periferici e dei NAS, la dematerializzazione dei flussi documentali tramite digitalizzazione delle trasmissioni via *fax* e il completamento della migrazione della telefonia verso VOIP, la riduzione del tributo comunale sui rifiuti in proporzione alla quantità di carta per la quale l'Amministrazione procede in proprio alla raccolta e allo smaltimento attraverso la società in convenzione con la CRI, contenimento del costo per la realizzazione e gestione dei servizi integrati del patrimonio documentale e contenimento delle spese di pulizia attraverso affidamento del servizio con gara europea che include anche servizi precedentemente affidati con contratti specifici. Sulla base dei dati provvisori del 2014 l'Amministrazione ha riferito che per le spese di funzionamento relative alle gestioni unificate (cancelleria, automezzi, fitto locali, utenze e canoni, automezzi, manutenzioni, missioni, spese postali, vigilanza, pulizia, giornali e pubblicazioni) sono stati conseguiti risparmi per oltre 3 milioni.

### 3.3. I residui passivi

I residui iniziali del 2014 sono pari a 796,2 milioni e a fine esercizio, diminuiti del 9,3 per cento, ammontano a 722,1 milioni; di questi, 368,2 milioni sono residui di nuova formazione. Complessivamente l'andamento rispetto al 2013 è frutto di una gestione che va apprezzata positivamente: si conferma, infatti il *trend* già registrato lo scorso anno e i residui totali diminuiscono del 3 per cento, i residui propri del 5,6 per cento e quelli esclusivamente di competenza del 18 per cento. Tra le uscite correnti crescono i residui per trasferimenti alle PA, mentre le spese in conto capitale registrano un picco di residui di stanziamento che, inferiori al milione nel 2013, passano a oltre 20 milioni nel 2014.

Nella composizione dei residui finali la quota più rilevante (83,2 per cento) viene generata dai trasferimenti correnti, in particolare quelli a famiglie ed istituzioni sociali private.

<sup>6</sup> Al riguardo si vedano anche le relazioni della Corte dei conti, Sezione controllo sulla gestione approvate con delibera n. 2/2014 (Adempimenti volti a dare attuazione agli obiettivi di contenimento della spesa inerente al fabbisogno allocativo delle Amministrazioni statali) e con delibera n. 3/2014 (Contenimento della spesa ordinaria e straordinaria per la manutenzione degli immobili utilizzati a fini istituzionali)

TAVOLA 5

## I RESIDUI INIZIALI E FINALI 2013-2014

(in migliaia)

Categorie spesa - Titoli spesa	2013					2014				
	residui iniziali(*)	residui finali	propri	di cui competenza	di stanziamento (competenza)	residui iniziali(*)	residui finali	propri	di cui competenza	di stanziamento (competenza)
Redditi di lavoro dipendente	2.912	3.263	3.263	2.564	0	3.263	2.539	2.539	1.830	0
di cui imposte pagate sulla produzione	95	118	118	111	0	118	125	125	87	0
Consumi intermedi	96.814	81.991	81.991	57.622	0	81.568	80.655	80.540	60.879	115
Trasferimenti di parte corrente	695.903	610.444	610.444	364.126	0	662.512	599.485	599.485	304.504	0
di cui alle amministrazioni pubbliche	262.816	184.363	184.363	126.873	0	236.431	214.640	214.640	134.839	0
Altre uscite correnti	20	37	37	37	0	37	279	279	279	0
di cui interessi passivi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SPESE CORRENTI</b>	<b>795.649</b>	<b>695.734</b>	<b>695.734</b>	<b>424.349</b>	<b>0</b>	<b>747.379</b>	<b>682.958</b>	<b>682.843</b>	<b>367.492</b>	<b>115</b>
Investimenti fissi lordi	4.423	1.156	250	49	907	1.156	901	695	681	206
Trasferimenti in c/capitale	49.474	47.663	47.663	24.443	0	47.663	38.244	18.316	0	19.928
di cui alle Amministrazioni pubbliche	49.474	47.663	47.663	24.443	0	47.663	38.244	18.316	0	19.928
<b>SPESE IN CONTO CAPITALE</b>	<b>53.897</b>	<b>48.820</b>	<b>47.913</b>	<b>24.492</b>	<b>907</b>	<b>48.820</b>	<b>39.145</b>	<b>19.011</b>	<b>681</b>	<b>20.134</b>
<b>SPESE COMPLESSIVE</b>	<b>849.547</b>	<b>744.554</b>	<b>743.647</b>	<b>448.841</b>	<b>907</b>	<b>796.199</b>	<b>722.103</b>	<b>701.854</b>	<b>368.173</b>	<b>20.249</b>

(\*) I residui iniziali sono comprensivi dei provvedimenti di variazione  
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Alcuni capitoli di bilancio presentano un ricorrente accumulo di residui dovuto a cause specifiche; così il cap. 2200, relativo alla gestione del sistema informativo sanitario per la quale sono state bandite gare in ambito europeo e impegni di spesa pluriennali soggetti ad autorizzazione del MEF. I pagamenti su questo capitolo, condizionati al buon esito dei collaudi, vengono disposti appena concluso l'iter previsto e generano fisiologicamente residui; il cap. 2411/01 per l'attività del Siveas per la quale sono stipulati accordi e convenzioni con pagamento a fine progetto; il cap. 2420/01 su cui gravano gli oneri della convenzione con la CRI per le spese di personale utilizzato presso gli uffici SASN; i capitoli alimentati con riassegnazione di entrate la cui procedura rallenta la fase del pagamento (cap. 3016/24 e 3146); i capitoli il cui stanziamento viene assegnato con il riparto del fondo per la ricerca finalizzata (capp. 3398/01, 3398/03, 7211); capitoli che si finanziano con riassegnazione dei Fondi UE in corso d'anno (capp. 5390, 5391). Infine il cap. 2401/03 sul quale nell'anno è stata liquidata una prima quota delle somme a titolo di equa ripartizione per coloro che hanno presentato domanda di adesione alla procedura transattiva per i danni recati da vaccini o trattamenti con emoderivati. Gli impegni assunti verranno liquidati entro il 2017.

### 3.4. I residui perenti

Al 31.12.2014 i residui perenti cumulati ammontano a 1.700 milioni, di cui 1.219,6 di parte corrente e 480,5 di parte capitale. Tra le perenzioni di parte corrente, circa 889 milioni

sono residui riferiti ai trasferimenti a famiglie e ad istituzioni sociali private, mentre per la parte capitale le perenzioni riguardano quasi esclusivamente la categoria dei contributi agli investimenti. Nel corso della gestione sono andati in perenzione residui passivi correnti per 142,9 milioni e di parte capitale per 21,7. Le reiscrizioni sono state pari a 32,25 milioni di parte corrente e 19,06 milioni di parte capitale. Delle reiscrizioni di parte corrente il 77 per cento è dato da debiti dell'Amministrazione verso Enti produttori di servizi sanitari, mentre il 76 per cento delle reiscrizioni in c/capitale è riferito a debiti verso le Regioni. Dal Patrimonio sono stati cancellati per prescrizione residui perenti per 3,8 milioni di parte corrente e 222mila euro di parte capitale, mentre sono stati eliminati per economie 100,2 milioni complessivi, di cui 79,3 milioni di residui passivi perenti di parte corrente e 20,9 milioni di parte capitale. Del totale delle economie 97,6 milioni riguardano partite perenti oggetto della procedura di riaccertamento straordinario dei residui di cui all'art. 49 comma 2 del DL n. 66/2014 (76,9 milioni di parte corrente e 20,6 milioni di parte capitale). La norma ha infatti previsto che ciascuna amministrazione individuasse residui passivi perenti del Patrimonio non più esigibili per il venire meno dei presupposti giuridici dell'obbligazione sottostante. La ricognizione straordinaria (effettuata secondo le indicazioni fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato n. 18/2014) riguardava anche i residui passivi di bilancio e per il Ministero ha prodotto l'eliminazione di partite finanziarie per un importo di 842mila euro. Per gli ambiti di analisi dei residui di cui alla lettera a) e b) del citato comma 2, la norma ha previsto anche un meccanismo premiale in base al quale a fronte del versamento all'entrata del bilancio dello Stato degli importi relativi alle cancellazioni, vengono attribuite nuove risorse su uno specifico fondo di bilancio, in misura non superiore al 50 per cento del risultato ottenuto con il riaccertamento. Del totale dei residui eliminati con la procedura straordinaria, invece, 21,7 milioni appartengono all'ambito di analisi di cui alla lettera d) del comma 2 e quindi riguardano trasferimenti e/o partecipazioni agli Enti territoriali. In questo caso la misura premiale è data dalla iscrizione, in relazione ai residui cancellati, di nuove risorse, nella percentuale massima sopra indicata, su appositi Fondi da assegnare agli Enti territoriali.

TAVOLA 6

## RESIDUI PERENTI

(in milioni)

Anni	Residui perenti di parte corrente al 31/12	Ammontare re-iscrizioni	% re-iscrizioni	Residui perenti di parte capitale al 31/12	Ammontare re-iscrizioni	% re-iscrizioni
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
2013	1.192,12	52,24	4,3	498,98	55,41	11,10
2014	1.219,61	32,25	2,64	480,49	19,06	3,96

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

## 3.5. La situazione debitoria

Non sono state indicate situazioni debitorie al 31 dicembre 2014. Nel corso del 2014 sono stati completati i pagamenti relativi ai debiti (circa 2 milioni) inseriti nel piano di rientro che il Ministro della salute aveva predisposto in base all'articolo 5 comma 4 del Dl 35/2013. Nel 2014 è stata liquidata la restante quota di circa 457 mila euro relativa a spese pregresse per il personale comandato da rimborsare agli Enti di appartenenza.

Al fine di accelerare i pagamenti e prevenire la formazione di nuovi debiti, l'articolo 42 del DL 66/2014 ha previsto la tenuta del registro delle fatture presso le pubbliche amministrazioni<sup>7</sup>. Il Ministero della salute ha partecipato all'avvio del processo sperimentale per

<sup>7</sup> Per ridurre gli oneri a carico delle amministrazioni si è previsto l'utilizzo per tale necessità delle funzioni disponibili sulla piattaforma elettronica per la certificazione dei crediti. Per le Amministrazioni dello Stato che usano il sistema

il passaggio alla fatturazione elettronica dal febbraio 2014. E' stata prevista nella prima fase l'attivazione degli uffici centrali dell'Amministrazione, mentre l'avvio delle nuove procedure per quel che concerne gli uffici periferici è stato realizzato dal 6 giugno 2014.

### 3.6. La gestione delle entrate extra-tributarie

Sono numerosi i servizi e le prestazioni rese a richiesta e ad utilità di soggetti interessati per cui l'amministrazione ha previsto tariffe e diritti. Tra questi, sono di maggior rilievo: le prestazioni tecnico-sanitarie svolte sia a livello di uffici centrali sia periferici; le autorizzazioni concernenti dispositivi medici; i controlli sanitari ufficiali presso gli uffici periferici USMAF e PIF in applicazione del d.lgs. 194/2008; l'assistenza sanitaria agli stranieri in Italia; le autorizzazioni all'immissione in commercio di farmaci sia umani (di cui quota parte viene direttamente versata dalle aziende all'AIFA) che veterinari; le ispezioni per i medicinali veterinari, officine farmaceutiche, organismi geneticamente modificati, animali vivi e prodotti di origine animale; i controlli per l'osservanza delle norme sulle sostanze chimiche pericolose.

Nel 2014 le previsioni di entrate di cassa relative a questo complesso di prestazioni sono state pari a 77,9 milioni (al netto di quanto dovuto al capitolo 3645 relativo ai versamenti di somme da erogare al personale e al capitolo 3620 dedicato agli introiti per l'assistenza ai cittadini italiani all'estero e stranieri in Italia e al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile), in crescita del 21,7 per cento rispetto al 2013. Ne sono state accertate e riscosse per poco meno di 114 milioni, in aumento rispetto all'anno precedente del 22 per cento.

Tali introiti confluiscono in capitoli di entrata gestiti dal Ministero della salute che possono essere ricondotti a tre tipologie: i capitoli per i quali già nella norma di riferimento è previsto un collegamento diretto con specifici capitoli di spesa; quelli relativi ad entrate le cui somme affluite in applicazione di specifiche norme, in base alla legge 244/2007 (legge finanziaria 2008 all'articolo 2 – commi 615 – 617) non sono più riassegnabili, ma per i quali è stato previsto in bilancio un apposito capitolo fondo (capitolo 3601) il cui stanziamento viene ripartito, in corso d'anno; e quelli non più riassegnabili.

Nell'esercizio le entrate che possono dar luogo a riassegnazioni sono cresciute in termini di accertamenti e versamenti di oltre il 23 per cento superando i 95 milioni

In particolare quelle riconducibili al decreto legislativo n. 194/2008 affluite sul capitolo 2582 delle entrate da riassegnare sono pari a 3,8 milioni in termini di versamenti con una crescita rispetto al 2013 del 18,4 per cento<sup>8</sup>. Rimangono sugli stessi livelli del 2013 le somme relative ai Fondi versati dalle aziende che producono o commercializzano dispositivi medici che affluiscono sul capitolo di entrata 2582/27 (legge 266/2005) e possono essere riassegnati per la copertura delle spese riferite ai controlli che il Ministero effettua su tali dispositivi (si tratta di 8,9 milioni). La quota riassegnata nel corso del 2014 ammonta a 5 milioni sul capitolo 3016/24 e a 2,5 milioni sul capitolo 3146//01.

Sono invece in crescita del 13 per cento gli introiti per la revisione delle sostanze attive nei prodotti fitosanitari e in attuazione di programmi comunitari (di cui al d.lgs. n.194/1995). La quota riassegnata nel 2014 ammonta a 3,7 milioni sul capitolo 5118/02.

Sul risultato complessivo delle entrate incide, poi, l'aumento degli introiti dei capitoli 2582/9 e 2582/11 relativi alle imprese farmaceutiche (esame delle domande di autorizzazione

---

per la gestione integrata della contabilità economica e finanziaria (SICOGE), le informazioni riferite alle fasi di contabilizzazione e pagamento sono acquisite sulla piattaforma automaticamente tramite scambio telematico di dati tra i due sistemi. A tal fine nel corso del 2014 la piattaforma è stata integrata per supportare il monitoraggio dei debiti e dei relativi tempi di pagamento. In tal modo, viene consentito di tracciare l'intero ciclo di vita dei debiti commerciali per i quali sia stata emessa fattura elettronica.

<sup>8</sup> In particolare sono quelle relative alla copertura delle spese dei laboratori (capitolo 2582/18) a crescere di oltre il 31 per cento raggiungendo i 476 mila euro (di cui ne sono stati riassegnati 342 mila) e quelle per il potenziamento dei controlli a livello nazionale (capitolo 2582/12) a superare i 950 mila euro (di cui ne sono stati riassegnati 772 mila). Stabili invece quelli relativi al capitolo 2582/20 per prestazioni Usmaf (710 mila euro di cui sono assegnati a copertura dei costi dell'anno 371 mila euro) e quelle destinate al capitolo 2582/14 per spese PIF Uvac (336 mila euro di cui ne vengono riassegnati 280 mila).

all'immissione in commercio di farmaci) che più che raddoppiano rispetto al 2013 sia nelle somme accertate che in quelle versate passando dai 19,5 a poco meno di 39 milioni.

Alle entrate riassegnate si aggiungono le risorse affluite nel capitolo fondo (3601) il cui stanziamento viene ripartito per le medesime finalità coperte con entrate originariamente riassegnabili. Si tratta di 9,3 milioni in leggera flessione rispetto al 2013.

Nonostante la forte crescita di entrate accertate e riscosse dal Ministero, le risorse complessivamente riassegnate nel 2014 si sono ridotte da 72,5 milioni del 2013 a poco più di 45 nel 2014. Risorse destinate per pari importi a redditi da lavoro e consumi intermedi.

Va osservato che nella gestione delle entrate extra-tributarie permangono alcune criticità.

La prima è connessa alla riassegnabilità delle entrate dei capitoli che finanziano le spese commesse ai controlli sanitari eseguiti dagli uffici periferici (USMAF – PIF - UVAC). In base ai meccanismi legati alle regolazioni contabili non vengono riassegnate le entrate contabilizzate in conto residui. Ciò incide in maniera rilevante sulle risorse destinate a questi uffici.

La seconda problematica riguarda una parte delle somme che derivano dal pagamento delle tariffe versate dai privati in relazione a procedimenti amministrativi di competenza del Ministero della salute (sia a livello centrale che periferico) e che affluiscono su conti correnti aperti presso Poste italiane S.p.A.. Queste somme vengono sottoposte a vincolo, in virtù di atti di pignoramento presso terzi; ciò anche se tali Fondi hanno natura di entrate dello Stato, non suscettibili di alcuna effettiva disponibilità da parte del Ministero della salute. Le procedure di pignoramento presso terzi, determinano l'accantonamento e, in alcuni casi, il prelievo forzoso con relativa assegnazione ai creditori di importi cospicui<sup>9</sup>.

Va poi sottolineato, in generale, che un efficace e tempestivo utilizzo delle entrate extra-tributarie riassegnabili è necessario non solo per garantire il funzionamento delle strutture, ma anche il potenziamento, la razionalizzazione e il miglioramento dell'attività esercitata a favore delle imprese e delle famiglie. I servizi e le prestazioni rese a richiesta e ad utilità di soggetti interessati possono rappresentare, come più volte sottolineato, un importante fattore per rendere compatibili la promozione dei prodotti nazionali all'estero (attraverso la garanzia di qualità dei prodotti), una efficace tutela della salute pubblica e le esigenze della finanza pubblica. A tariffe aggiornate e coerenti con i costi di mercato deve quindi corrispondere una qualità del servizio che ne giustifichi il finanziamento aggiuntivo. Ma perché questo si realizzi deve essere data garanzia anche alle risorse riassegnabili.

#### **4. Missioni e programmi**

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 nel 2014 rispettivamente 1.035,3 milioni (977,8 milioni nel 2013) e 442,2 milioni (460,3 milioni nel 2013).

Le missioni di carattere generale (Indirizzo politico, Servizi generali e Fondi da assegnare) assommano nel complesso a 71,3 milioni e risultano in flessione di poco meno del 10 per cento. Un andamento che si conferma e si accentua man mano che si passa dagli stanziamenti ai pagamenti complessivi.

<sup>9</sup> Va ricordato che la legge 266/2005 (all'art. 1, comma 294, legge finanziaria 2006), aveva stabilito il divieto di sottoporre ad esecuzione forzata i Fondi relativi ad aperture di credito dei funzionari delegati degli uffici centrali e periferici del Ministero della salute; tale disposizione, tuttavia, non ha previsto espressamente l'impignorabilità dei Fondi e, quindi, il divieto di accantonamento dei medesimi.

TAVOLA 7

## LE MISSIONI NEL BIENNIO 2013-2014

(in migliaia)

Missione	Stanziamanti definitivi di competenza		Impegni Lordi		Pagamenti totali		Residui finali	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Ricerca e innovazione	460.331	442.153	460.136	441.678	427.977	442.317	227.235	249.657
Tutela della salute	977.803	1.035.337	968.695	1.039.461	787.754	891.072	513.310	470.466
Indirizzo politico	10.271	9.982	9.285	9.102	9.149	9.085	645	329
Servizi e affari generali per le	50.366	42.968	48.757	40.894	48.950	40.496	2.029	1.650
Fondi da assegnare	17.919	18.284	17.717	18.218	18.316	18.218	1.335	0
<b>Totale</b>	<b>1.516.690</b>	<b>1.548.725</b>	<b>1.504.590</b>	<b>1.549.354</b>	<b>1.292.146</b>	<b>1.401.189</b>	<b>744.554</b>	<b>722.103</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nel seguito si esaminano i risultati finanziari relativi al consuntivo 2014 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)

Le risorse destinate alla missione tutela della salute crescono nel 2014 del 5,9 per cento in termini di stanziamenti e oltre il 13,1 per cento come pagamenti.

TAVOLA 8

## MISSIONE TUTELA DELLA SALUTE

(in migliaia)

	Stanziamanti definitivi di competenza		Impegni Lordi		Pagamenti totali		Residui finali	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Redditi di lavoro dipendente	115.992	110.739	114.451	100.210	113.906	100.216	2.885	2.434
di cui imposte pagate sulla produzione	6.372	6.069	6.286	5.518	6.248	5.504	117	125
Consumi intermedi	134.605	115.685	132.162	112.242	135.125	101.750	77.208	76.727
Trasferimenti di parte corrente	677.860	792.106	672.736	810.201	490.273	672.342	430.643	390.150
di cui alle amministrazioni pubbliche	37.518	34.520	37.455	34.491	41.421	34.529	4.562	5.305
Altre uscite correnti	91	258	91	258	91	0	0	258
<b>SPESE CORRENTI</b>	<b>928.549</b>	<b>1.018.788</b>	<b>919.440</b>	<b>1.022.912</b>	<b>739.394</b>	<b>874.308</b>	<b>510.736</b>	<b>469.570</b>
Investimenti fissi lordi	1.091	1.013	1.091	1.013	331	1.014	965	897
Trasferimenti di parte capitale	48.164	15.536	48.164	15.536	48.029	15.750	1.610	0
di cui alle amministrazioni pubbliche	45.571	14.486	45.571	14.486	45.436	14.700	1.610	0
<b>SPESE IN CONTO CAPITALE</b>	<b>49.255</b>	<b>16.549</b>	<b>49.255</b>	<b>16.549</b>	<b>48.360</b>	<b>16.764</b>	<b>2.575</b>	<b>897</b>
<b>SPESE COMPLESSIVE</b>	<b>977.803</b>	<b>1.035.337</b>	<b>968.695</b>	<b>1.039.461</b>	<b>787.754</b>	<b>891.072</b>	<b>513.310</b>	<b>470.466</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Cresce anche la concentrazione delle risorse in due programmi: dei 1.035,3 milioni di stanziamento della missione quasi l'83 per cento è destinato a due programmi, il 46,9 per cento al programma "Regolazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici" e il 35,9 per cento al programma "Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana". Sul risultato complessivo incidono tuttavia gli incrementi relativi, come si vedrà, a tre soli capitoli di spesa: quello relativo alle spese per assistenza sanitaria all'estero e i due riconducibili alle spese per indennizzi, risarcimenti e

transazioni con soggetti danneggiati da trasfusioni o vaccinazioni. Al netto di tali voci gli stanziamenti della missione si riducono del 17 per cento e i pagamenti di oltre il 24.

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

Al programma sono stati destinati, nel 2014, 371,7 milioni (233,5 milioni nel 2013) in aumento, quindi, di poco meno del 60 per cento. Analoghi tassi di crescita hanno registrato sia gli impegni che i pagamenti. Il risultato è da ricondurre esclusivamente ai trasferimenti correnti, passati in termini di stanziamenti dai 125,9 milioni del 2013 agli oltre 300 milioni.

E' in particolare lo stanziamento del capitolo 4391 intestato al rimborso delle spese di assistenza sanitaria prestate all'estero che presenta la crescita più accentuata: dagli 81 milioni del 2013 si passa agli oltre 261 del 2014 tutti impegnati e pagati. In lieve flessione è invece l'importo relativo ai rimborsi per le spese di assistenza al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile. Nell'anno si registra un forte calo della spesa in conto capitale che nel 2013 aveva raggiunto (grazie soprattutto alla reiscrizione di somme andate in perenzione) i 48,2 milioni: ridotti a poco meno di 15 milioni gli interventi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (14,4 milioni nel 2014 contro gli oltre 44 del 2013). Costante la somma destinata al finanziamento del sistema informativo sanitario, si riduce da 8,5 milioni a 6 milioni il finanziamento per le attività del Siveas da cui dipende lo sviluppo di studi e l'assistenza tecnica per il monitoraggio delle regioni in Piano di rientro. In calo di un ulteriore 10 per cento la spesa per il personale, che aveva registrato già nel 2013 una analoga flessione.

Gli obiettivi strategici riferibili al programma riguardano l'individuazione degli indicatori della programmazione sanitaria nazionale; la definizione delle modalità di generazione e di utilizzo del codice univoco dell'assistito per l'interconnessione dei contenuti informativi relativi alle prestazioni sanitarie erogate da parte del SSN; la valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari e la promozione dei processi di integrazione di tutte le categorie professionali.

TAVOLA 9

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

(in migliaia)

	Stanziamenti definitivi di competenza		Impegni Lordi		Pagamenti totali		Residui finali	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Redditi di lavoro dipendente	22.518	20.827	21.235	19.052	21.175	19.042	60	53
di cui imposte pagate sulla produzione	1.368	1.266	1.290	1.161	1.290	1.161	0	0
Consumi intermedi	36.845	34.563	36.476	33.444	40.388	29.050	15.911	18.686
Trasferimenti di parte corrente	125.881	300.560	121.672	298.036	121.489	291.260	19.777	23.202
di cui alle amministrazioni pubbliche	1.247	1.399	1.244	1.390	2.967	1.669	697	1.410
Altre uscite correnti	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SPESE CORRENTI</b>	<b>185.244</b>	<b>355.950</b>	<b>179.383</b>	<b>350.532</b>	<b>183.053</b>	<b>339.352</b>	<b>35.748</b>	<b>41.941</b>
Investimenti fissi lordi	462	242	462	241	298	293	307	244
Trasferimenti di parte capitale	47.762	15.486	47.762	15.486	47.627	15.700	1.610	0
di cui alle amministrazioni pubbliche	45.571	14.486	45.571	14.486	45.436	14.700	1.610	0
<b>SPESE IN CONTO CAPITALE</b>	<b>48.225</b>	<b>15.728</b>	<b>48.225</b>	<b>15.727</b>	<b>47.926</b>	<b>15.993</b>	<b>1.917</b>	<b>244</b>
<b>SPESE COMPLESSIVE</b>	<b>233.469</b>	<b>371.678</b>	<b>227.607</b>	<b>366.259</b>	<b>230.978</b>	<b>355.345</b>	<b>37.665</b>	<b>42.185</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Gli obiettivi strategici della gestione hanno informato e trovato un raccordo naturale nella definizione e nell'avvio del Patto della salute 2014-2016.

La costruzione di strumenti di monitoraggio, dei LEA ha trovato accoglienza anche nel Patto della salute 2014-2016<sup>10</sup>. Per superare le principali criticità<sup>11</sup> degli attuali strumenti, l'Amministrazione ha elaborato un progetto per un sistema di indicatori in grado di misurare l'erogazione dei LEA in modo omogeneo a livello nazionale (in termini di appropriatezza, efficienza ed efficacia dell'erogazione).

E' proseguita nell'anno l'implementazione del Bilancio LEA. Lo strumento è finalizzato al monitoraggio delle prestazioni erogate nei tre Livelli Essenziali di Assistenza (ospedale, territorio, prevenzione), sulla base dei flussi informativi attualmente disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) oltre alla verifica della coerenza tra le prestazioni erogate ed i relativi costi<sup>12</sup>.

La lettura integrata consente un'analisi completa dei fenomeni sanitari erogati nell'ambito dei diversi livelli assistenziali e richiede l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale. Si tratta di un'attività che presenta profili di particolare delicatezza in materia di protezione dei dati personali e ha il suo presupposto normativo (per le finalità di programmazione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria) nell'articolo 15 comma 25 bis del DL 95/2012 e nell'articolo 35 del d.lgs. 118/2011. Il Ministero della salute ha predisposto uno schema di decreto che, da un lato, coordina le disposizioni per il trattamento dei dati nell'ambito del NSIS e, dall'altro, identifica i tipi di dati e i sistemi informativi esplicitando le modalità di trattamento secondo i principi di necessità, pertinenza e non eccedenza, nonché le misure di sicurezza previste a garanzia della tutela dei dati personali. Lo schema approvato dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nel dicembre 2012, è rimasto all'esame dell'Autorità Garante fino al termine del 2014.

Come previsto nella direttiva per il 2014 l'Amministrazione ha proseguito il proprio impegno nell'eHealth, una leva importante nel contribuire a conciliare la qualità del servizio con il controllo della spesa<sup>13</sup>. Nel corso del 2014 si sono avuti progressi nello sviluppo delle soluzioni di eHealth avviate in questi anni pur persistendo forti differenze a livello regionale.

Sono 15 le Regioni<sup>14</sup> che hanno adottato sui loro territori i sistemi unici di prenotazione (CUP), dando attuazione alle Linee guida nazionali (Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010).

<sup>10</sup>Le proposte per l'implementazione di un sistema di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale per il monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi, l'aggiornamento del d.m. 12 dicembre 2001 sul Sistema di Garanzia (art. 10, comma 10), la semplificazione del monitoraggio degli obiettivi connessi con l'erogazione LEA nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei SSR (art. 12, comma 8), nonché il monitoraggio della soddisfazione del paziente (qualità percepita) nell'ambito degli indirizzi a supporto dell'umanizzazione delle cure (art. 4, comma 4).

<sup>11</sup>La verifica è prevalentemente centrata sugli adempimenti e in particolare su "e) mantenimento dell'erogazione dei LEA" che tuttavia, basandosi su un punteggio sintetico, non coglie appieno le peculiarità e le singole criticità nell'erogazione dei LEA in alcune regioni, così come non è in grado di descrivere analiticamente, per ciascun livello assistenziale, i tre elementi qualificanti dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

<sup>12</sup>In una prima applicazione è previsto l'utilizzo solo di alcuni flussi (le schede di Dimissione Ospedaliera per l'ospedaliera; il Sistema Informativo Emergenza-Urgenza, quello di Assistenza Residenziale-Semiresidenziale, di Assistenza Domiciliare; quello dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Farmaceutica Territoriale; il Sistema Informativo Distribuzione Diretta e per Conto dei Farmaci per la territoriale. In una fase successiva saranno introdotti tre ulteriori flussi: il Sistema delle Dipendenze, quello della Salute Mentale e degli Hospice. L'applicazione delle metodologie di analisi, seppur sperimentalmente, ha permesso nel 2014 una prima comparazione tra le diverse realtà regionali ed aziendali.

<sup>13</sup>Il Ministero della salute è membro dell'eHealth Network, organismo istituito nel mese di gennaio 2012 in attuazione dell'articolo 14 - "Assistenza sanitaria *on line*" della Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Tale organismo ha come compito lo sviluppo e la diffusione dell'eHealth a livello comunitario, attraverso una cooperazione tra le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria *on line*. Nel mese di novembre 2014 in tale ambito sono state adottate le Linee Guida Europee per l'ePrescription, che definiscono gli elementi base per lo scambio elettronico di prescrizioni mediche tra gli Stati Membri.

<sup>14</sup>Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Umbria, Liguria, Piemonte, Puglia, Toscana, Sicilia e Veneto.