

2. Analisi finanziarie e contabili

2.1. Le risorse finanziarie assegnate

Lo stato di previsione della Salute presentava una dotazione finanziaria iniziale di competenza di 1.234,4 milioni (in flessione del 2 per cento rispetto al 2015), aumentata a 1.952,4 milioni nelle previsioni definitive con un incremento di 718 milioni. Una variazione di notevoli dimensioni da ricondurre, come lo scorso anno, soprattutto alla riconferma della misura di sostegno alle Regioni nell'acquisto di farmaci innovativi (500 milioni) e all'aumento degli stanziamenti per il rimborso delle spese sanitarie sostenute all'estero (100 milioni).

Nel confronto con il precedente esercizio, la dotazione finanziaria del Ministero presenta una flessione del 5,5 per cento. Sono in riduzione tutte le categorie economiche della spesa. Di particolare rilievo il calo dei redditi da lavoro dipendente (in flessione del 2,1 per cento), ma soprattutto i consumi intermedi e i trasferimenti alle famiglie ridotti, rispettivamente, del 9,8 e del 10,4 per cento. Si conferma la netta prevalenza degli importi destinati a trasferimenti alle Amministrazioni decentrate: nelle previsioni definitive a queste categorie va oltre il 50 per cento delle dotazioni complessive.

Guardando alla ripartizione degli stanziamenti per missione, nel 2016 si osserva una forte riduzione di quelli per la ricerca (-8,6 per cento rispetto al 2015) e, soprattutto, per i "Servizi istituzionali e generali" (in riduzione di oltre il 38 per cento). Di poco superiore al 3 per cento il calo delle somme destinate alla "Tutela della salute".

TAVOLA 1

LE RISORSE ASSEGNATE AL MINISTERO DELLA SALUTE - DATI DI COMPETENZA

(in milioni)

Categorie economiche	2015		2016		variazione 16/15	
	Stanz. iniz.	Stanz. def.	Stanz. iniz.	Stanz. def.	Stanz. Iniz.	Stanz. definitivo
Redditi da lavoro	120,6	160,9	117,7	157,5	-2,3	-2,1
Consumi intermedi	76,8	113,5	85,7	102,4	11,5	-9,8
Imposte pagate sulla produzione	6,4	7,9	5,8	7,5	-8,7	-6,0
Trasferimenti correnti ad Amministrazioni pubbliche	508,9	935,1	468,4	979,8	-8,0	4,8
Trasferimenti correnti a famiglie e istituzioni sociali private	507,6	733,2	535,3	656,7	5,5	-10,4
Trasferimenti correnti a estero	17,7	20,1	19,1	20,1	8,0	-0,3
Poste correttive e compensative	-	1,4	-	0,6	-	-60,5
Altre uscite correnti	9,1	38,5	2,0	6,4	-78,1	-83,4
Spesa corrente	1.247,0	2.010,6	1.234,0	1.930,9	-1,0	-4,0
Investimenti fissi e acquisti di terreni	2,4	3,2	0,4	0,4	-84,2	-86,7
Contributi agli investimenti	-	52,7	-	20,4	-	-61,2
Altri trasferimenti in conto capitale	10,0	0,1	0,0	0,7	-99,5	657,8
Spesa in conto capitale	12,4	56,0	0,4	21,5	-96,6	-61,5
SPESA FINALE	1.259,4	2.066,6	1.234,4	1.952,4	-2,0	-5,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

2.2. La gestione delle spese

Il consuntivo mostra impegni sulla competenza per oltre 1.900 milioni in flessione del 6,6 per cento rispetto al 2015, in misura, quindi, più accentuata rispetto alla contrazione registrata dagli stanziamenti. Un risultato da ricondurre principalmente alla riduzione del 14,5 per cento degli impegni per consumi intermedi (a fronte di dotazioni ridotte del 9,8 per cento) e da una crescita dei trasferimenti ad Amministrazioni pubbliche un punto inferiore all'aumento degli stanziamenti. Limitati nell'esercizio gli impegni sui residui.

TAVOLA 2

LA GESTIONE DELLE SPESE - DATI DI COMPETENZA

(in milioni)

Classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp.	Pag.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	168,8	164,9	164,1	160,7	160,0	160,6	-2,3	-2,1	0,4
<i>di cui: imposte pagate sulla produzione</i>	7,9	7,5	7,7	7,3	7,5	7,5	-6,0	-5,7	0,4
Consumi intermedi	113,5	102,4	109,7	93,8	53,8	44,0	-9,8	-14,5	-18,2
Trasferimenti di parte corrente	1.688,4	1.656,7	1.679,4	1.629,9	1.274,4	1.099,1	-1,9	-2,9	-13,8
<i>di cui: trasferimenti alle AP</i>	935,1	979,8	934,9	970,1	723,2	632,7	4,8	3,8	-12,5
Altre uscite correnti	39,9	6,9	39,9	6,9	39,9	6,9	-82,6	-82,6	-82,7
Spese correnti	2.010,6	1.930,9	1.993,1	1.891,4	1.528,1	1.310,7	-4,0	-5,1	-14,2
Investimenti fissi lordi	3,2	0,4	2,4	0,1	0,9	0,0	-86,7	-96,8	-96,1
Trasferimenti di parte capitale	52,8	21,1	39,3	8,8	25,4	8,8	-60,0	-77,6	-65,3
Spese in conto capitale	56,0	21,5	41,8	8,9	26,3	8,9	-61,5	-78,7	-66,3
SPESE FINALI	2.066,6	1.952,4	2.034,8	1.900,3	1.554,4	1.319,5	-5,5	-6,6	-15,1

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Registrano una forte flessione i pagamenti sulla competenza: -15,1 per cento, soprattutto per il rallentamento di quelli per trasferimenti ad Amministrazioni pubbliche. La quota di pagamenti su impegni di competenza per questa categoria si riduce dal 77 per cento dello scorso esercizio al 65 per cento del 2016. Flettono, ma solo del 3,8 per cento, i pagamenti complessivi. Tale andamento si riflette nella dimensione dei residui a fine esercizio: in aumento di 130 milioni come risultato di una crescita di 144 milioni di quelli verso Amministrazioni pubbliche e un calo di quelli, soprattutto, per consumi intermedi.

3. Le missioni e i programmi

3.1. La missione: "Tutela della salute"

Le risorse destinate alla missione sono pari a 1.633,5 milioni e si distribuiscono tra i dodici programmi previsti con pesi (in termini di stanziamenti) molto diversi tra loro: a tre programmi va oltre il 91 per cento degli importi. Si tratta della "Vigilanza degli enti e sicurezza delle cure", della "Programmazione del SSN per l'erogazione dei LEA" e "della Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria".

Rispetto al 2015 muta, tuttavia, il peso relativo di tali programmi: aumenta il peso delle risorse per la "Prevenzione e promozione in materia di tutela della salute" e "Vigilanza sugli enti.." a scapito di quelle per la "Programmazione del SSN.." che vede ridurre il suo peso di circa il 5 per cento.

TAVOLA 3

MISSIONE "TUTELA DELLA SALUTE"
COMPETENZA

(in milioni)

classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp.	Pag.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	111,4	108,3	109,0	105,9	108,1	105,9	-2,8	-2,9	-2,0
<i>di cui: imposte pagate sulla produzione</i>	6,1	5,7	5,9	5,5	5,9	5,8	-7,3	-7,3	-2,5
Consumi intermedi	100,9	89,9	97,3	83,2	43,7	35,4	-10,9	-14,5	-19,0
Trasferimenti di parte corrente	1.398,4	1.379,2	1.389,5	1.353,3	1.095,7	934,0	-1,4	-2,6	-14,8
<i>di cui: trasferimenti alle AP</i>	645,0	702,4	645,0	693,4	544,5	467,6	8,9	7,5	-14,1
Altre uscite correnti	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2	1,1	-12,3	-12,3	-12,3
Spese correnti	1.611,9	1.578,4	1.597,0	1.543,4	1.248,6	1.076,4	-2,1	-3,4	-13,8
Investimenti fissi lordi	2,6	0,4	2,3	0,1	0,8	0,0	-85,6	-97,8	-96,6
Contributi agli investimenti	19,0	2,3	19,0	2,3	19,0	2,3	-88,1	-88,1	-88,1
Spese in conto capitale	21,6	2,6	21,4	2,3	19,9	2,3	-87,8	-89,1	-88,4
SPESE FINALI	1.633,5	1.581,0	1.618,4	1.545,8	1.268,5	1.078,7	-3,2	-4,5	-15,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

3.1.1. “Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante”

A tale programma sono stati destinati nel 2016, 160,3 milioni con un aumento di oltre il 43 per cento rispetto al 2015. Sono stati registrati impegni sulla competenza per 141 milioni e pagamenti per soli 65,1, milioni in flessione rispetto al precedente esercizio di poco meno del 10 per cento. Sul risultato ha inciso il ritardo registrato dal trasferimento alle Amministrazioni regionali dei fondi stanziati per il contrasto della ludopatia.

Gli interventi prioritari riferibili a tale programma riguardano la definizione delle linee strategiche per la prevenzione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili, il controllo dei rischi sanitari, le azioni di promozione della salute in tutte le età attraverso strategie intersettoriali e politiche integrate sui principali determinanti di salute.

Nel corso dell'esercizio si è proceduto alla valutazione dei Piani regionali di prevenzione sulla base dei criteri stabiliti nel Documento di valutazione del Piano nazionale 2014 – 2018¹, attraverso un sistematico confronto tra Ministero e Regioni, finalizzato ad evidenziare punti di forza e criticità, nei contenuti e nei metodi, della pianificazione regionale. La valutazione ha dato esito positivo per tutte le Regioni².

TAVOLA 4

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE UMANA – DATI DI COMPETENZA

(in migliaia)

Classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp.:	Pag.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	40.034	36.008	38.943	35.630	38.834	35.532	-10,1	-8,5	-8,5
di cui: imposte pagate sulla produzione	2.427	2.175	2.377	2.166	2.377	2.167	-10,4	-8,9	-8,8
Consumi intermedi	30.571	27.059	29.215	25.503	9.348	7.458	-11,5	-12,7	-20,2
Trasferimenti di parte corrente	41.201	97.213	34.099	79.888	24.035	22.093	135,9	134,3	-8,1
di cui: trasferimenti alle AP	7.321	65.478	7.318	56.620	6.872	7.279	794,4	673,7	5,9
Spese correnti	111.806	160.279	102.257	141.021	72.218	65.082	43,4	37,9	-9,9
Investimenti fissi lordi	55	39	46	6	23	6	-29,0	-86,6	-72,7
Spese in conto capitale	55	39	46	6	23	6	-29,0	-86,6	-72,7
SPESE FINALI	111.860	160.318	102.304	141.027	72.241	65.089	43,3	37,9	-9,9

Fonte: Elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Dall'analisi dei Piani è emersa, sebbene con una rilevante eterogeneità tra le realtà regionali, una risposta dei PRP sostanzialmente coerente con l'impianto nazionale, sia nel declinare gli obiettivi fissati dal PNP, sia nel costruire la strategia attuativa del PRP attraverso una visione e conseguenti azioni “di sistema” (messa a regime di interventi di provata efficacia, intersettorialità e reti, formazione e comunicazione, ridefinizione degli assetti organizzativi e collegamento dei Piani locali ai sistemi di monitoraggio delle *performance* aziendali, potenziamento/adeguamento dei sistemi di sorveglianza, ecc.).

In linea con le indicazioni dell'OMS, il Piano predilige infatti un approccio trasversale, rispetto a quello verticale per singola patologia, ponendo l'attenzione non solo sugli aspetti specificatamente sanitari, ma anche sui determinanti ambientali, sociali ed economici della salute. Le azioni proposte per ridurre i principali fattori di rischio prevedono, quindi, il coinvolgimento di soggetti istituzionali e della società civile³.

¹ Approvato con l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015.

² Il PNP rappresenta uno degli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario e, come tale, è oggetto di verifica da parte del Comitato LEA.

³ Tale strategia di carattere “universale” trova attuazione negli interventi riguardanti la lotta al tabagismo (nel corso dell'esercizio è stato emanato il d.lgs. n. 6 del 2016 di recepimento della Direttiva 40/2014/UE, finalizzata ad una maggiore protezione dei consumatori, in particolare dei giovani. E' stata inoltre presentata all'OMS la relazione sugli interventi e sui risultati conseguiti dall'Italia in attuazione della Convenzione sul Controllo del Tabacco; è proseguita, infine, l'attività di supporto e monitoraggio dell'applicazione dell'art. 51 “Tutela della salute dei non fumatori” della

Tale approccio caratterizza il programma “Guadagnare salute”, che nasce dall’esigenza di diffondere e facilitare l’assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, agendo sui fattori di rischio di malattie cronico-degenerative. In tale ambito, oltre al coordinamento della rete degli operatori regionali, l’attività del Ministero ha riguardato la verifica dello stato di realizzazione dei progetti finanziati dal Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM). Tra i progetti monitorati, particolare rilevanza riveste quello riguardante la scuola, oggetto del Protocollo d’Intesa siglato nel 2013 dai Ministeri della salute e dell’istruzione, diretto a monitorare lo stato nutrizionale e comportamentale dei bambini e degli adolescenti e a porre in luce situazioni a rischio, ivi compresi il consumo di alcolici e il fumo.

Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie trasmissibili, particolare attenzione è stata dedicata al sostegno dei programmi di vaccinazione, con l’approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e l’inclusione tra i Livelli Essenziali di Assistenza delle vaccinazioni già previste dal Calendario nazionale 2012-2014 (contro pneumococco e meningococco C nei nuovi nati, e HPV nelle undicenni) e delle nuove vaccinazioni previste dal PNPV.

Ciò anche alla luce della riduzione della copertura vaccinale riscontrata in questi ultimi anni che denota un calo di fiducia nelle vaccinazioni come principale strumento per prevenire casi di malattia e relative complicazioni⁴. Per contrastare tale tendenza, il Ministero della salute e le Regioni hanno adottato iniziative di comunicazione (comprese quelle di contrasto alla disinformazione) e promozione; lo sviluppo delle anagrafi vaccinali informatizzate consentirà un più completo e tempestivo monitoraggio.

E’ da sottolineare al riguardo, come, secondo quanto calcolato dall’Amministrazione⁵, rilevanti sono i costi della non vaccinazione, non soltanto in termini di sofferenza e, a volte disabilità o mortalità, dei soggetti che si ammalano, ma anche di maggiori spese che si riverberano, da un lato, sul sistema sanitario e, dall’altro, su famiglie e mondo produttivo.

Infine, con riferimento all’attività svolta in relazione all’afflusso migratorio, il Ministero ha collaborato con altre Amministrazioni competenti sul progetto CARE (*Common Approach for Refugees and other migrants’ health*), finanziato dall’Unione europea, ai fini dello sviluppo

legge n. 3 del 2003, in collaborazione con il Comando dei Carabinieri per la Salute–NAS), l’abuso di alcool e le patologie da gioco d’azzardo. Per quanto riguarda il monitoraggio della dipendenza da gioco d’azzardo, non esiste ad oggi uno specifico flusso informativo che permetta di definire con precisione il volume di servizio e il numero di accessi e pazienti. Nel corso dell’esercizio sono state, pertanto, attivate le procedure necessarie per la raccolta dei dati. Con il d.m. 6/10/2016 è stato ripartito tra le Regioni e Province autonome, dall’Osservatorio istituito con d.m. del Ministero della salute di concerto con il Ministro dell’economia del 24 giugno 2015, lo specifico finanziamento di 50 milioni previsto dalla legge finanziaria per il 2015. L’erogazione delle somme avverrà previa valutazione dell’Osservatorio e approvazione del Ministero degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione presentati dalle Regioni.

⁴ Nel caso delle vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi, rispetto al *target* del 95 per cento raccomandato dal Ministero della Salute e dall’OMS, la copertura è passata da oltre il 96 per cento del 2011 al 93,4 del 2015. Il ritardo è poi recuperato a 36 mesi (in concomitanza con l’inizio dell’età prescolare), ma ciò non evita l’esposizione al rischio dei bambini non vaccinati. Particolarmente critica la copertura a 24 mesi per morbillo, parotite e rosolia (MRP): rispetto ad una copertura compresa tra l’85 e il 95 per cento nel 2009, nel 2014 l’intervallo risultava compreso tra l’81 e il 90 per cento. Una riduzione che riguarda tutte le Regioni, comprese Piemonte e la Lombardia che con valori poco sopra al 90 per cento si pongono in testa alla classifica nazionale, seguite da Emilia Romagna, Toscana e Umbria con l’88 per cento, a fronte dell’82,8 per cento della Liguria e l’81,4 delle Marche; nelle Regioni in Piano di rientro la percentuale è compresa tra valori poco sopra l’83,2 per cento della Calabria e della Campania all’88,5 per cento del Lazio. Anche la copertura per vaccinazione antinfluenzale negli anziani presenta valori non adeguati rispetto alla soglia del 75 per cento consigliata e al 66 per cento raggiunto nel 2008-2009: in quasi tutte le Regioni, in Piano e non, nel 2014 la copertura è risultata inferiore al 50 per cento della popolazione, con punte minime in Abruzzo (38,5 per cento) e in Sardegna (40,6 per cento). Migliori, ma comunque inadeguati, i risultati dell’Umbria (61,8 per cento), nonché del Veneto, Campania e Calabria che si situano intorno al 53 per cento. Tale insufficiente copertura è posta in relazione alla più elevata morbilità rilevata in questi ultimi anni, con conseguenze particolarmente gravi per gli anziani e le persone affetti da patologie croniche preesistenti.

⁵ Vedi Ministero della salute, PNPV 2016-2018, sezione dedicata ai costi della mancata vaccinazione.

e realizzazione di una *Survey* sulle politiche vaccinali nazionali/regionali indirizzate ai migranti e sull'applicazione delle stesse a livello locale.

Sempre nel campo della lotta alle malattie infettive, sono state svolte le attività di sorveglianza in collaborazione con l'OMS e sono proseguite le attività di controllo dei diversi aspetti dell'infezione HIV e della patologia AIDS.

Quanto alle possibili emergenze sanitarie derivanti da atti deliberati, nell'ambito del supporto alle attività di prevenzione concernenti il terrorismo chimico, fisico e biologico, l'Amministrazione ha mantenuto la gestione della Scorta Nazionale Antidoti – SNA, ovvero la scorta strategica di presidi farmacologici atti a mitigare le conseguenze dell'impiego di aggressivi chimici.

In materia di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, particolare attenzione è stata diretta alle strategie contro il cancro, sviluppando i programmi di *screening* e promuovendo le reti oncologiche, con iniziative e programmi sia nazionali che nell'ambito della Comunità europea. Gli strumenti di pianificazione operativi nel 2016 sono stati il Piano nazionale della Prevenzione e il Piano oncologico e le Reti oncologiche. Per quanto riguarda il PNP, quello vigente ha fortemente integrato gli interventi di prevenzione secondaria con le azioni di prevenzione primaria; ciò sia per quanto attiene al tema, che riguarda tutti i tumori, degli stili di vita salutari (di cui al programma Guadagnare salute), sia per il caso delle vaccinazioni. Per quanto riguarda i programmi di *screening* oncologici, nonostante i progressi, si evidenzia il permanere di livelli inadeguati in numerose Regioni meridionali: come si evince dall'ultimo aggiornamento degli indicatori relativi alla quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati, le criticità dipendono sia da una percentuale di estensione alla partecipazione (numero di inviti rispetto alla popolazione *target*) ancora molto inferiore all'obiettivo del 100 per cento, sia da un'adesione (numero di soggetti sottoposti a *screening* rispetto al numero dei soggetti invitati) spesso estremamente contenuta.

In tema di prima accoglienza dei migranti, le funzioni di profilassi sono svolte dal Ministero della salute per mezzo dei propri Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera presenti nei principali porti ed aeroporti del Paese.

Gli USMAF svolgono i controlli al momento dell'arrivo in porto delle navi che hanno effettuato il recupero in mare dei migranti nell'ambito del Dispositivo *Frontex Plus* (*Triton*, ecc). In alcuni casi le operazioni cominciano già a bordo, per stabilire una priorità per lo sbarco in banchina, ovvero, se lo sbarco è già avvenuto, per l'invio al ricovero ospedaliero. In collaborazione con gli USMAF, le autorità locali (marittima-capitaneria di porto, pubblica sicurezza-prefettura, ASL e Servizio di emergenza territoriale 118) e altri Enti come la Croce Rossa, viene realizzata una sorta di piattaforma sanitaria. I controlli sono diretti a verificare la presenza di segni e sintomi sospetti di malattie infettive che potrebbero rendere necessarie misure che vanno dalla semplice sorveglianza sanitaria al ricovero in reparti di malattie infettive, fino al ricovero in centri di riferimento nazionali con modalità di alto bio-contenimento⁶.

In tale fase, le maggiori problematiche sono legate all'enorme flusso di migranti a fronte di strutture di accoglienza di capienza limitata e di un personale insufficiente, tenuto conto che gli sbarchi sono a carico degli USMAF delle Regioni costiere meridionali (Sicilia e Calabria e, negli ultimi tempi, anche Puglia e Campania): oltre 133.000 gli arrivi nel 2015 e oltre 171.000 nel 2016, di cui circa 26.000 minori non accompagnati⁷.

⁶ E' da notare che le condizioni sanitarie riscontrate più frequentemente sono legate soprattutto alle condizioni disagiate prima e durante i viaggi piuttosto che a malattie infettive che, nella maggior parte dei casi, sono prontamente controllabili con semplici misure di profilassi e di terapia.

⁷ Particolare attenzione è prestata ai minori non accompagnati, poiché il loro arrivo determina la necessità dell'accertamento della loro età. Si è pertanto proceduto alla revisione del dPCM n. 234 di attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24 ed è stato predisposto il "Protocollo multidisciplinare per l'accertamento dell'età dei minori non accompagnati" con lo scopo di estendere le norme previste dal dPCM anche ai minori che non siano vittime di tratta, al fine di consentire l'univoca applicazione di una procedura efficace per l'accertamento dell'età.

Al fine di assicurare una primissima assistenza psico-sanitaria, comprensiva di triage sanitario ed individuazione delle vulnerabilità immediatamente rilevabili, in complementarietà con gli interventi di ricerca e soccorso in mare, nel 2016 è stato avviato il progetto denominato PASSIM (Primissima Assistenza Sanitaria nel Soccorso in Mare), finanziato con risorse messe a disposizione dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione 2014-2020; per tale progetto il Ministero della Salute, su delega del Ministero dell'interno destinatario dei suddetti Fondi Europei, garantisce il coordinamento tecnico e la formazione sanitaria delle componenti operanti a bordo delle unità navali⁸.

Complesso appare anche il percorso sanitario successivo. La sorveglianza delle malattie infettive e la relativa assistenza non si esauriscono, infatti, al momento dell'arrivo ma continuano, sotto la responsabilità del SSN, per tutta la durata della permanenza sul territorio nazionale dei migranti⁹. Interessante, sotto questo profilo, il progetto, in corso di sperimentazione e implementazione, del Ministero della salute per la realizzazione di una Cartella Sanitaria in formato elettronico. L'obiettivo è quello della tracciabilità delle informazioni rilevanti, nel rispetto della riservatezza prevista dalla normativa, grazie alla raccolta dei dati sanitari scaturiti dal triage, attraverso un sistema informatizzato ed un meccanismo di accesso allo stesso che permetta agli operatori sanitari, lungo tutta la filiera dell'accoglienza, di consultare il dato raccolto evitando duplicazioni di interventi o, peggio, mancanza di interventi¹⁰.

3.1.2. “Sanità pubblica veterinaria”

Il programma ha potuto contare nel 2016 su 37 milioni con una flessione del 16,5 per cento rispetto al 2015 (44,4 milioni). Sono state impegnate somme per 35,5 milioni e pagate per 30,2. I redditi da lavoro assorbono la gran parte delle risorse (circa il 75 per cento degli stanziamenti e degli impegni) e dei pagamenti (l'89,5 per cento). Continuano a ridursi nell'anno le risorse destinate alla sorveglianza epidemiologica.

TAVOLA 5

SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA – DATI DI COMPETENZA

(in migliaia)

Classificazione economica	Stanz. def.		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	31.806	27.754	31.298	27.089	31.234	27.036	-12,7	-13,4	-13,4
di cui: imposte pagate sulla produzione	1.301	1.051	1.290	1.053	1.290	1.033	-19,2	-19,9	-19,9
Consumi intermedi	11.983	8.752	11.274	7.943	6.917	3.169	-27,0	-29,5	-54,2
Trasferimenti di parte corrente	528	529	515	498	-	-	0,3	-3,4	
di cui: trasferimenti alle AP	528	529	515	498	-	-	0,3	-3,4	
Spese correnti	44.317	37.035	43.087	35.529	38.151	30.204	-16,4	-17,5	-20,8
Investimenti fissi lordi	37	13	25	-	25	-	-63,7	-100,0	-100,0
Spese in conto capitale	37	13	25	-	25	-	-63,7	-100,0	-100,0
SPESE FINALI	44.354	37.049	43.111	35.529	38.176	30.204	-16,5	-17,6	-20,9

Fonte: Elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

⁸ Sempre in tale contesto, al fine di garantire interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale, sono state prodotte e inoltrate all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni, per acquisirne il necessario parere, prima della sua adozione con Decreto ministeriale, le Linee d'indirizzo relative agli interventi di assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario, previste dall'art. 27 del d.lgs. 2007, n. 251, come modificato dall'art. 1 del d.lgs. 21 febbraio 2014, n. 18.

⁹ Sulla base dell'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2012, relativo all'applicazione da parte delle Regioni e Province autonome della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera, ai migranti irregolari debbono essere garantite le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e, in un'ottica di tutela della collettività, anche le prestazioni di medicina preventiva quali le vaccinazioni, la tutela della gravidanza e della maternità, la salute dei bambini.

¹⁰ La definizione di una cartella sanitaria del migrante, da realizzarsi anche su supporto informatico da consegnare al migrante perché la porti con sé nei successivi spostamenti, è anche una delle attività previste all'interno del progetto della Commissione europea – CARE (*Common Action for Refugees' and other migrants' health*), avviato nel 2016 con il coordinamento assegnato a INMP.

Nel corso del 2016 sono proseguiti i programmi di sorveglianza delle malattie infettive e l'aggiornamento dei piani annuali di controllo. Relativamente alle misure che ricevono un cofinanziamento comunitario, è stata presentata alla Commissione europea la rendicontazione dell'attività svolta nel 2015 e quella programmata per l'esercizio in corso. Sono proseguiti, inoltre, i corsi di formazione per il personale dei servizi veterinari interessati al fine di una precoce individuazione e controllo delle malattie stesse.

A supporto del sistema di reti di sorveglianza, sono stati attuati interventi volti a potenziare il Sistema informativo, sia con l'implementazione delle anagrafi zootecniche¹¹, che con il rafforzamento della tracciabilità degli animali attraverso la previsione dell'obbligo¹² per le Regioni alla compilazione informatizzata, a decorrere da settembre 2017, dei moduli relativi al trasporto degli stessi¹³.

Rilevante l'attività volta alla ricognizione della normativa esistente nel settore dei dispositivi medici veterinari (DMV). L'indagine, condotta a livello europeo¹⁴, ha evidenziato l'assenza di regolamentazione nella maggior parte dei Paesi Ue e l'urgenza di giungere al più presto ad una disciplina specifica e armonizzata a livello comunitario. Il vuoto normativo ha generato ripercussioni in termini di immissione in commercio di prodotti non testati su animali o di utilizzo in ambito veterinario di prodotti e strumenti per l'uso umano; al tempo stesso, l'assenza di una chiara definizione di tali dispositivi e dell'esatta categorizzazione dei prodotti anche in considerazione delle sostanze in essi contenute influisce negativamente sulla vigilanza, con possibili rischi sulla salute animale e umana. La ricognizione ha fatto emergere, infatti, l'esistenza di un mercato illecito di prodotti a base di sostanze commercializzate come DMV aventi indicazioni terapeutiche tipiche del farmaco, tra cui i prodotti dermatologici, oftalmologici, stomatologici e gastroprotettori, utilizzati su animali destinati alla filiera alimentare. Nell'ambito dell'apposito Gruppo di lavoro è stata, pertanto, valutata positivamente la predisposizione di *Linee guida* nazionali che, fatte salve le norme europee e nazionali in materia di medicinali veterinari, consentirebbero di dare avvio ad un processo di verifica e categorizzazione dei dispositivi veterinari come già avviene per i dispositivi medici.

Per quanto concerne il controllo delle attività di produzione dei medicinali veterinari, nel corso del 2016 è stato eseguito il programma annuale di ispezioni presso le officine di fabbricazione degli stessi ai fini del rilascio delle autorizzazioni per la produzione¹⁵. In generale, tutti i siti di produzione per i quali si è concluso l'iter di revisione periodica hanno ottenuto il certificato di conformità alle Norme di buona fabbricazione (NBF) e non sono stati adottati provvedimenti restrittivi di sospensione o revoca in seguito a non conformità critiche rilevate nel corso delle ispezioni.

3.1.3. "Programmazione del SSN per l'erogazione dei LEA"

Al programma sono stati destinati, nel 2016, 691,3 milioni (con una flessione di circa il 13 per cento rispetto al 2015). Un calo che si accentua guardando alla spesa in conto capitale, in riduzione di oltre l'88 per cento. La riduzione riguarda soprattutto i trasferimenti alle famiglie (-

¹¹ In particolare di quella apistica e avicola. E' stato inoltre predisposto lo schema di decreto ministeriale, da sottoporre all'esame della Conferenza Stato-Regioni, al fine di regolamentare l'attivazione di un'ulteriore sezione dell'anagrafe zootecnica relativa agli allevamenti di conigli, chiacchiere e animali selvatici.

¹² D.m. 28 giugno 2016.

¹³ Al momento, l'utilizzo del modello informatizzato è obbligatorio per i territori non ufficialmente indenni da brucellosi e tubercolosi. Alla data del 31 dicembre 2016 si è registrato un utilizzo superiore al 70 per cento per Basilicata, Calabria, Puglia con punte fino all'85 per la Campania, mentre la Sicilia raggiunge livelli percentuali pari al 100 per cento grazie ad un ricorso alla procedura informatizzata consolidato da più anni.

¹⁴ *Coordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures – Veterinary (CMDv)* e Responsabili delle Agenzie Veterinarie (CVO).

¹⁵ Nel 2016 sono state effettuate n. 35 ispezioni di revisione periodica, n. 5 ispezioni di nuova attivazione e n. 1 ispezione di *follow-up* dei siti di fabbricazione dei medicinali e sostanze farmacologicamente attive ad uso veterinario.

32,5 per cento) per il forte calo delle somme destinate al rimborso delle cure sostenute all'estero. Di rilievo per la dimensione, oltre perché a fronte di un ampliamento dei compiti inseriti nel programma, risulta il calo della spesa per redditi (-36,3 per cento nell'anno) indicativo di una difficoltà operativa che non riguarda solo questo programma. Analoghi tassi di riduzione hanno registrato sia gli impegni che i pagamenti.

TAVOLA 6

PROGRAMMAZIONE DEL SSN PER L'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

DATI DI COMPETENZA

(in migliaia)

classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	8.796	5.603	8.603	5.571	8.590	5.578	-36,3	-35,2	-35,1
<i>di cui : imposte pagate sulla produzione</i>	<i>534</i>	<i>340</i>	<i>518</i>	<i>329</i>	<i>526</i>	<i>340</i>	<i>-36,4</i>	<i>-36,4</i>	<i>-35,4</i>
Consumi intermedi	8.210	8.944	8.081	8.473	2.366	1.736	8,9	4,8	-26,6
Trasferimenti di parte corrente	755.611	673.462	755.535	667.668	657.260	492.387	-10,9	-11,6	-25,1
<i>di cui: trasferimenti alle Amministrazioni pubbliche</i>	<i>501.516</i>	<i>501.891</i>	<i>501.498</i>	<i>501.868</i>	<i>403.725</i>	<i>327.049</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>-19,0</i>
Altre uscite correnti	1.200	1.053	1.200	1.053	1.200	1.053	-12,3	-12,3	-12,3
Spese correnti	773.816	689.061	773.419	682.764	669.416	500.754	-11,0	-11,7	-25,2
Investimenti fissi lordi	20	8	15	8	15	-	-58,7	-45,9	-100,0
Trasferimenti di parte capitale	18.978	2.222	18.978	2.222	18.978	2.222	-88,3	-88,3	-88,3
Spese in conto capitale	18.997	2.230	18.992	2.230	18.992	2.222	-88,3	-88,3	-88,3
SPESE FINALI	792.814	691.291	792.411	684.994	688.408	502.976	-12,8	-13,6	-26,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Oltre alla revisione dei livelli essenziali di assistenza il cui iter di approvazione ha interessato tutto l'esercizio, nell'anno era prevista la definizione della metodologia per il loro continuo aggiornamento e l'individuazione delle tariffe relative alle nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica inserite nel nuovo schema di dPCM dei LEA. A questo scopo, la legge di stabilità per il 2016 ha disposto l'istituzione della Commissione con il compito di formulare annualmente una proposta di aggiornamento dei Lea, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica. La Commissione è stata costituita con decreto del Ministro della salute del 16 giugno 2016, ma è divenuta operativa dal successivo ottobre.

Particolarmente complesso si è rivelato il percorso di definizione delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che doveva realizzarsi entro il 30 settembre, e dell'assistenza ospedaliera per acuti e per post acuti la cui definizione era prevista entro l'anno. Per la specialistica ambulatoriale, l'impostazione del lavoro ha visto il coinvolgimento di soggetti istituzionali del SSN, insieme alle realtà produttive e alle comunità scientifiche, i rappresentanti delle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Umbria, Basilicata e Marche. Il lavoro ha comportato l'esame dei codici regionali delle prestazioni che non corrispondono a quelli del nomenclatore vigente (NV) e spesso rappresentano prestazioni con descrizione diversa da regione a regione; la base dati di partenza dal flusso informativo TS ha evidenziato circa 38 mila codici regionali diversi.

Complesso si è rivelato anche l'aggiornamento delle tariffe per la protesica. Il settore include, infatti, un ampio ed eterogeneo spettro di prodotti utilizzati in contesti assai diversi tra loro ed è caratterizzato da un'offerta prevalentemente composta da operatori di natura commerciale, comportando quindi difficoltà a individuare fonti informative affidabili e consistenti. Sono 1062 i codici del nuovo nomenclatore. Per le valutazioni di impatto, poi, la Commissione incaricata ha dovuto far riferimento ai dati di consumo a livello locale.

Nel 2016, è stato elaborato lo schema del decreto ministeriale di aggiornamento del decreto del 12 dicembre 2001 con la definizione della struttura del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e l'individuazione di circa 100 indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza e ai

singoli LEA ad essi afferenti¹⁶. Il progetto include, altresì, la valutazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), trasversali rispetto ai livelli di assistenza, con una specifica attenzione all'omogeneità interna alle Regioni, all'equità sociale, alla qualità percepita e all'umanizzazione delle cure¹⁷. Nel corso dell'esercizio tali indicatori sono stati utilizzati in via sperimentale al fine di valutare il funzionamento del NSG, le sue potenzialità e i punti critici¹⁸.

Come si diceva in precedenza, il Patto prevedeva la revisione dei criteri di riparto del finanziamento al SSN, di cui all'articolo 27 del d.lgs. n. 68 del 2011, valutando i progressi compiuti dalle Regioni nel percorso di miglioramento degli standard di qualità e utilizzando nuove modalità di pesature, secondo quanto indicato all'articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 1996: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni ed indicatori epidemiologici territoriali.

L'attività di revisione dei criteri non si è conclusa. Come sottolineato già lo scorso anno, il lavoro era stato sospeso in seguito alla acquisizione dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 2 luglio 2015 ove si era convenuto che, sia per l'anno 2015 che per il 2016, le risorse fossero ripartite in base ai criteri previsti dal decreto legislativo n. 68, tuttora vigenti e riferiti alle classi di età. Il decreto-legge 24 giugno 2016, n. 133 ha più di recente fissato al 15 febbraio il termine per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard. Anche per l'anno 2017 non è stato possibile adottare nuovi criteri di riparto.

Connessa a tali tematiche è la revisione sia del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni, al fine di garantire maggiore equità al sistema¹⁹, che delle

¹⁶ Il NSG si articola in un macro-insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza e ai singoli LEA ad essi afferenti che ha l'obiettivo di descrivere e monitorare l'erogazione dei LEA e di incentivare il miglioramento dell'assistenza attraverso la pubblicazione e il confronto annuale dei valori dei singoli indicatori tra le diverse Regioni e nel tempo.

Nell'ambito del macro-insieme viene individuato un sottoinsieme di indicatori che è utilizzato per verificare ogni anno l'erogazione dei LEA attraverso: i) il confronto dei valori degli indicatori con dei valori di riferimento; ii) il calcolo di un punteggio per indicatore, secondo una scala di valori attribuibili al suo dominio; iii) il computo di un risultato globale regionale, che indichi entro quale soglia è garantita l'erogazione dei LEA; iv) il calcolo di un risultato globale nazionale, che permetta di monitorare il Paese nel tempo e di confrontarlo con altre realtà a livello internazionale.

¹⁷ Un gruppo di lavoro specifico, composto da clinici ed esperti epidemiologici e bio-statistici ha elaborato un manuale operativo per la valutazione dei PDTA relativi alle patologie BPCO, scompenso cardiaco, diabete e tumori. Il documento è stato sottoposto a FISM e FNOMCEO per la condivisione con le Società scientifiche e gli Ordini professionali e successivamente revisionato alla luce delle osservazioni pervenute.

¹⁸ Nel 2016 è stata effettuata una sperimentazione sul sottoinsieme di indicatori di valutazione dei LEA, testando su ciascun indicatore il seguente percorso di analisi:

1. calcolo serie temporale 2010-2014;
2. identificazione della soglia di garanzia minima e definizione del peso;
3. analisi della forma (individuazione della funzione di valorizzazione) e calcolo dei punteggi (da 0 a 100) al 2014;
4. analisi del *trend* e calcolo di una penalizzazione/premialità;
5. calcolo dei punteggi;
6. calcolo della variabilità intra-regionale (coefficiente MOR).

I risultati di tale sperimentazione hanno permesso di verificare la fattibilità di tutte le fasi del percorso su tutti gli indicatori, con alcune eccezioni: per circa la metà di questi, l'assenza di norme con valori di riferimento ha permesso di individuare una soglia di garanzia orientativa soltanto a partire dai parametri di riferimento utilizzati nella griglia LEA, senza tuttavia inficiare la costruzione della funzione di valorizzazione; circa un terzo degli indicatori del sottoinsieme è rilevato con flussi informativi di più recente attivazione, le cui serie temporali calcolabili non coprono il quinquennio 2010-2014: per tali indicatori, si è proceduto a simulare il calcolo della penalizzazione/premialità in funzione delle variazioni nel solo biennio 2013-2014; infine, il calcolo della variabilità intra-regionale è, al momento, possibile solamente per un limitato numero di indicatori dell'assistenza ospedaliera.

¹⁹Il tema è particolarmente complesso. Infatti esso deve contemperare diversi aspetti: promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e, quindi, favorirne la richiesta appropriata; ottenere un gettito finanziario per le Regioni evitando al contempo che livelli di compartecipazione troppo elevati favoriscano lo spostamento dal Servizio Sanitario Nazionale verso strutture sanitarie private, minando la stessa possibilità di garantire livelli di assistenza adeguati.

tariffe. Per quanto riguarda i ticket, il nuovo sistema dovrà tener conto della condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza e assicurare al contempo l'invarianza, a livello nazionale, del gettito derivante dalla partecipazione alla spesa. Nessun progresso significativo è stato tuttavia compiuto nel corso dell'esercizio. Non ancora approvata, infatti, la proposta del gruppo di lavoro, costituito da rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia, delle Regioni e di AGENAS, di correlare l'entità della quota di partecipazione dovuta sia per l'assistenza specialistica che per la farmaceutica al Reddito equivalente (RE), ferma restando l'esenzione per alcune patologie.

Passi avanti sono stati compiuti nella riorganizzazione dell'assistenza primaria, ed in particolare nel consolidamento dei legami tra ospedale e territorio. Nell'anno 2016 è continuato il processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere in attuazione del d.m. 70/2015²⁰ e, in quest'ambito, anche il monitoraggio (i cui esiti rilevano ai fini delle valutazioni degli adempimenti LEA) del rispetto delle soglie di accreditabilità fissate in 60 posti letto per acuti, in strutture ospedaliere private che non siano state interessate da forme di aggregazione, processi di fusione o di riconversione. Le problematiche relative a tali questioni sono state oggetto di studio da parte di appositi gruppi di lavoro interistituzionali, al fine di elaborare proposte dirette a superare le criticità rilevate. Oltre ai ritardi nelle procedure di accreditamento, l'attenzione si è focalizzata sulle tematiche relative alla negoziazione con gli erogatori privati per l'acquisto di prestazioni e alla riorganizzazione delle reti laboratoristiche. Tale attività ha portato all'inserimento da parte delle Regioni, nei Programmi Operativi 2016-2018, di specifiche azioni che costituiranno oggetto di monitoraggio da parte dei Ministeri e dei Tavoli di verifica.

Il decreto ministeriale n. 70/2015, nel programmare una riqualificazione sostenibile dei servizi sanitari regionali, ha previsto un modello di cooperazione tra le strutture erogatrici che devono avere ruoli specifici e strutturati secondo livelli gerarchici definiti in base a caratteristiche standard quali il bacino di utenza, i volumi di attività erogati, gli esiti delle cure.

Il Regolamento, pur focalizzandosi sulla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, pone in luce la rilevanza del ruolo degli strumenti di continuità assistenziale fra ospedale e territorio, sottolineando come la riorganizzazione della rete ospedaliera rischia, da sola, di risultare insufficiente a garantire risposte coerenti con i bisogni di salute, qualora non venga affrontato anche il vasto capitolo del potenziamento delle strutture territoriali, il cui efficiente funzionamento non può che esercitare positive ricadute sul grado di appropriatezza dell'utilizzo del sistema ospedaliero.

I modelli organizzativi previsti dalla normativa vigente (Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)) sono stati programmati e attivati in quasi tutte le Regioni mediante atti formali di programmazione specifici. Sono stati individuati complessivamente 2446 modelli organizzativi monoprofessionali riconducibili alle AFT (per lo più di medicina generale) e 440 modelli organizzativi multiprofessionali. I primi sono stati individuati in 13 Regioni su 16, pari all'82 per cento. E i secondi sono stati individuati in 7 Regioni su 16, pari al 44 per cento.

La continuità delle cure con la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali, come conseguenza di dimissione ospedaliera, è tuttavia una procedura che oggi viene applicata in maniera disomogenea sul territorio. Infatti, pur essendo considerata un percorso di buone pratiche, condiviso a livello nazionale, permangono tuttora aree del territorio nelle quali tale procedura o modalità organizzativa è scarsamente attuata, e ciò nonostante la maggior parte delle Regioni abbia normato con propria deliberazione le procedure per la continuità ospedale-

²⁰ Il d.m. n. 70 del 2015, prevede la riduzione dell'eccessiva parcellizzazione dell'offerta delle prestazioni da parte delle strutture sia pubbliche che private. In particolare, per le strutture private con numero di posti letto inferiore a 60, esso definisce le regole e le soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità degli accordi contrattuali secondo le quali le strutture private possono erogare prestazioni polispecialistiche e monospecialistiche, riguardo alle quali è stata definita la modalità operativa per la selezione. Dalle ultime indagini effettuate che i soggetti definitivamente accreditati rappresentano oltre l'80 per cento del totale. In generale, il processo risulta più rallentato per le strutture sociosanitarie per i processi di riorganizzazione in atto, mentre nell'area ospedaliera rimangono alcune criticità limitate ad aspetti di contenzioso e di riconversione.

domicilio, in alcuni casi limitatamente a specifiche condizioni cliniche (es. anziano con frattura del femore) o percorsi diagnostici terapeutici, in altri casi nell'ambito della più generale presa in carico della persona non autosufficiente con problematiche complesse e bisogni di assistenza sociosanitaria.

Per affrontare tale disomogeneità ed introdurre un principio di garanzia a livello nazionale, nel dPCM di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza si prevede esplicitamente che il servizio sanitario nazionale debba assicurare la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio, e che nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, il medico specialista in riabilitazione, nel predisporre il progetto riabilitativo durante il ricovero in riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, debba attivare la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione. Il dPCM individua, inoltre, una ampia gamma di "strutture intermedie" destinate ad accogliere temporaneamente le persone dimesse dall'ospedale ma non ancora in grado di rientrare al proprio domicilio, sia per esigenze di carattere strettamente sanitario sia per esigenze di natura riabilitativa. Più in generale, il decreto prevede che i servizi distrettuali collaborino con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali per l'assistenza sociosanitaria alle diverse tipologie di pazienti (famiglie e minori, non autosufficienti, disabili, dipendenti patologici, con disturbi mentali, minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico).

Ancora in fase di studio l'applicazione della Telemedicina all'assistenza territoriale. Essa dovrebbe puntare, con il contributo delle Farmacie di comunità, a favorire l'ampliamento dell'offerta di servizi, il migliore utilizzo delle risorse disponibili, anche professionali, evitando la duplicazione delle prestazioni e l'adozione e diffusione di nuove tecnologie, quali il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il Dossier farmaceutico, a supporto della gestione territoriale (e domiciliare) del farmaco e dei dispositivi medici.

Va rilevato che per il monitoraggio e la valutazione dell'erogazione dell'assistenza primaria è stato previsto un nuovo flusso informativo per la rilevazione dell'attività di assistenza sanitaria di base svolta dai Medici di medicina generale e dai Pediatri di libera scelta. Flusso che andrebbe a integrare quello relativo all'attività prescrittiva dei medici, già monitorata dai flussi informativi dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza farmaceutica. L'obiettivo è quello di rilevare le condizioni socio-sanitarie dei pazienti e gli eventi che motivano la richiesta di cure, nonché l'attività effettivamente svolta dai sanitari, sia al proprio studio sia al domicilio del paziente (visite, prestazioni terapeutiche, consulto con lo specialista, vaccinazioni, certificati, ecc.).

Nel corso del 2016 è proseguito l'iter normativo dello schema di decreto di natura regolamentare, che modifica il flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati. L'iter si è concluso a dicembre con la pubblicazione del decreto ministeriale 7 dicembre 2016, n. 261. Il provvedimento integra e aggiorna le informazioni della SDO, aggiungendo una serie di variabili che, nelle intenzioni dell'Amministrazione, dovranno fornire un contributo sostanziale per monitorare e valutare l'assistenza del percorso nascita, individuare tutte le unità operative che erogano le prestazioni all'interno di un unico ricovero (e non solo quella di dimissione), caratterizzare le reali condizioni del paziente allo scopo di meglio valutare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, monitorare il rispetto degli standard dei volumi di attività chirurgica per unità operativa e per operatore e stimare con maggiore accuratezza gli esiti degli interventi sanitari e gli indicatori di qualità dell'assistenza erogata.

In base a quanto previsto dalla legge n. 208 del 2015 art. 1 commi 541 lettera b), 542, 543 e 544, tutte le Regioni e le Province autonome sono state chiamate a predisporre un piano concernente il fabbisogno di personale per garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro. E' stato disposto, inoltre, che gli enti del Servizio sanitario nazionale possano indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze emerse in relazione alle valutazioni operate nel piano di fabbisogno del personale. Nel corso del 2016, ai fini della valutazione da parte dei Tavoli, è stata messa a punto una metodologia, elaborata da

gruppi tecnici che a partire da novembre 2016 è stata applicata ai dati di personale forniti dalle singole Regioni al fine di verificarne congiuntamente l'applicabilità nei diversi contesti organizzativi regionali.

La legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016), ai commi 522-547 ha previsto che le Regioni individuino le Aziende ospedaliere pubbliche (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, che presentano uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10 per cento dei ricavi o in valore assoluto di almeno 10 milioni e/o il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Gli enti così individuati devono presentare alla Regione un piano di rientro di durata non superiore al triennio, che contenga misure idonee al superamento degli squilibri economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta. Con il decreto del Ministro della salute, il 21 giugno 2016 sono state approvate la metodologia per l'individuazione dei costi e dei ricavi da considerare ai fini della determinazione dello scostamento, la metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, le Linee guida per la predisposizione dei Piani. E' stata data facoltà alle Regioni e Province autonome di sottoporre alla valutazione del Ministero della salute situazioni particolari che rendano necessari provvedimenti regionali²¹. Per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, si dovrà partire dalla valutazione più recente disponibile desunta dal Piano nazionale esiti che, nell'edizione 2016, presenta alcune sostanziali integrazioni rispetto alle precedenti edizioni.

Una particolare attenzione merita infine l'assistenza sanitaria da e per l'estero²². Tale assistenza genera crediti e debiti che vengono regolati tra gli Stati in base alle disposizioni comunitarie ed internazionali²³ e, per quanto riguarda gli aspetti amministrativo-contabili tra Stato e Regioni italiane, in base alla normativa nazionale²⁴.

In particolare, il decreto legislativo n. 38 del 2014 prevede il diritto dell'assicurato presso il SSN di ottenere il rimborso delle spese mediche relative all'assistenza sanitaria transfrontaliera dalla ASL di appartenenza se e nella misura in cui la prestazione erogata risulti compresa nei LEA, fatte salve le prerogative regionali in materia (i costi sono rimborsati in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti, al netto della compartecipazione alla spesa); definisce quando, ai fini del rimborso, è necessario ottenere un'autorizzazione preventiva all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché i casi nei quali non può essere rifiutata o

²¹ Ad inizio 2017 i Ministeri della salute e dell'economia e finanze hanno incontrato alcune delle Regioni che lo avevano chiesto formalmente. Le Regioni per le quali l'istruttoria è conclusa sono quattro (Friuli, Emilia, Basilicata e Sardegna). Per le restanti Regioni che hanno fatto richiesta (Puglia, Sicilia), l'istruttoria è ancora in corso. Per altre regioni (Piemonte, Toscana, Umbria, Lazio, Campania e Calabria) la situazione è attestata da specifici provvedimenti regionali formali. Solo le regioni Lombardia e Liguria, ad oggi, non hanno ancora adottato il provvedimento formale di individuazione delle aziende ai sensi dell'articolo 1, comma 524 della legge n. 208 del 2015.

²² Si tratta di un fenomeno che comprende realtà molto diverse tra loro: chi si trova all'estero in temporaneo soggiorno (studenti, turisti) o chi decide di andare a risiedere all'estero da pensionato, o a lavorare alle dipendenze di imprese italiane o come autonomo, o chi richieda alla propria ASL di essere autorizzato a ricevere prestazioni di altissima specializzazione all'estero (cure programmate). I familiari a carico dei suddetti soggetti sono parimenti destinatari della copertura apprestata dalla mobilità sanitaria.

²³ La legge n. 883 del 1978 all'articolo 6 sancisce la competenza dello Stato in materia di "mobilità sanitaria". A livello comunitario, la materia è disciplinata dalle direttive 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera e 2012/52/UE sul riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro, recepite con i decreti legislativi n. 38 e n. 67 del 2014.

²⁴ Gli Enti territoriali si occupano, per mezzo delle ASL, della materiale erogazione delle prestazioni assistenziali agli assistiti di altro Stato e della conseguente fatturazione (crediti dell'Italia), che comunicano al Ministero della salute, che provvede ad esigere il pagamento dei crediti dovuti.

Le ASL partecipano, inoltre, alle verifiche contabili dei debiti dell'Italia, contestando eventualmente all'altro Stato gli importi non dovuti. Al rimborso del debito verso l'estero provvede il Ministero a valere di uno specifico capitolo di spesa del proprio bilancio. Ai fini del calcolo del rimborso, secondo quanto previsto dall'art. 7, par. 3 e 4, della Direttiva 2011/24/UE, la copertura non può superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta.

viceversa deve essere rifiutata²⁵; disciplina le procedure amministrative relative alla richiesta di autorizzazione; prevede che i medicinali o i dispositivi medici, di cui è ammesso il commercio in Italia, prescritti in un altro Stato membro, siano dispensati in Italia secondo le norme vigenti.

Tale disciplina è al momento in via di revisione alla luce della ri-definizione e aggiornamento dei LEA.

3.1.4 “Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici...”

Per questo programma di spesa sono stati stanziati, nel 2016, 18,2 milioni, dei quali 16,6 impegnati. Le risorse gestite riguardano quasi esclusivamente spesa corrente e sono destinate principalmente a consumi intermedi e a redditi da lavoro. La variazione più consistente rispetto al 2015, sia in termini di stanziamenti che di impegni e pagamenti, riguarda le risorse trasferite alle Regioni, incrementate di 1 milione, da destinare alla revisione dei medicinali per i pazienti affetti da asma (cap. 3439).

TAVOLA 7

REGOLAMENTAZIONE E VIGILANZA IN MATERIA DI PRODOTTI FARMACEUTICI DATI DI COMPETENZA

(in migliaia)

Classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	8.001	6.810	7.922	6.643	7.940	6.628	-14,9	-16,1	-16,5
di cui: imposte pagate sulla produzione	487	416	444	360	444	360	-14,6	-18,8	-18,8
Consumi intermedi	11.118	10.221	11.013	8.786	2.329	1.491	-8,1	-20,2	-36,0
Trasferimenti di parte corrente	61	1.140	61	1.140	61	1.140	1754,5	1755,5	1755,5
di cui: trasferimenti alle AP	61	1.140	61	1.140	61	1.140	1754,5	1755,5	1755,5
Spese correnti	19.180	18.171	18.996	16.569	10.331	9.258	-5,3	-12,8	-10,4
Investimenti fissi lordi	21	12	17	-	9	-	-43,9	-100,0	-100,0
Spese in conto capitale	21	12	17	-	9	-	-43,9	-100,0	-100,0
SPESE FINALI	19.201	18.183	19.013	16.569	10.340	9.258	-5,3	-12,9	-10,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Tra gli obiettivi operativi del programma ha avuto particolare rilievo anche nel 2016 il lavoro di individuazione e implementazione delle metodologie applicate alla valutazione delle tecnologie sanitarie innovative, considerata ormai una *best practice* a livello europeo. Attraverso l'attività della Cabina di regia (istituita con decreto del Ministro della salute del 12 marzo 2015), il Ministero provvede, in attuazione dell'art. 26 del Patto per la salute 2014-16, a definire le priorità assistenziali e costituire una rete nazionale per la definizione e l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per *Health Technology Assessment* (Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici). La Cabina di regia si occupa anche di trasferire le metodologie HTA sviluppate a livello europeo ai diversi soggetti che operano a livello nazionale al fine di ottenere certezza di riferimenti e omogeneità di comportamenti. Lo sviluppo del programma nazionale HTA si riflette positivamente anche sulla razionalizzazione della spesa dal momento che le nuove tecnologie vanno spesso a sostituire medicinali obsoleti ben più costosi. Nel 2016 è stato inoltre costituito il Gruppo di lavoro “Metodi, Formazione e Comunicazione” che ha avviato i lavori per predisporre documenti riguardanti in particolare

²⁵ Il decreto n. 38 del 2014 ha istituito presso il Ministero della salute il Punto di Contatto Nazionale Italiano (NCP), che fornisce agli utenti le informazioni per facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera all'interno dell'Unione europea. Secondo i dati raccolti dal NCP, nel corso del 2015, ultimo esercizio per cui si dispongono dati definitivi, sono state negate 70 richieste di autorizzazione preventiva a fronte di 194 domande e 44 richieste di rimborso a fronte di 127 domande.

Nel 2016 è stato elaborato uno schema di decreto ministeriale avente natura regolamentare per individuare le prestazioni sottoposte ad autorizzazione preventiva e le modalità per l'aggiornamento delle stesse. In particolare si prevede di sottoporre ad autorizzazione preventiva i ricoveri ospedalieri che richiedono almeno un pernottamento e le prestazioni ambulatoriali terapeutiche o di diagnostica strumentale che richiedono l'utilizzo di infrastrutture sanitarie o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose. Non è stato ancora avviato l'iter di approvazione in quanto le prestazioni sopra indicate sono in fase di ridefinizione, nell'ambito del dPCM sui nuovi LEA.

metodi tecnici per le valutazioni di impatto degli investimenti e per l'individuazione delle tecnologie *cost-saving*, integrazione dei risultati di HTA nelle decisioni di acquisto, analisi e valutazione delle richieste di acquisto di dispositivi medici. E' proseguita, poi, l'attività di aggiornamento della classificazione nazionale dei dispositivi medici da parte del Comitato tecnico sanitario. Il lavoro svolto nell'anno ha portato all'approvazione delle "Modifiche e aggiornamenti alla Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici" (con decreto del Ministro della salute dell'8 giugno 2016). Le classi interessate dalle modifiche sono state lo strumentario chirurgico, le medicazioni e i guanti. Si procede tuttavia alla modifica solo nella misura in cui ciò possa assicurare omogeneità di sviluppo dell'impianto classificatorio e ampliamento della copertura dei settori dei dispositivi medici, ovvero una più corretta individuazione dei dispositivi in ambito di gara pubblica al fine di indurre scelte di spesa sanitaria più efficienti. E' stato inoltre approvato un documento di indirizzo per la stesura uniforme dei capitolati di gara: ciò dovrebbe consentire la semplificazione dell'attività di predisposizione della documentazione con conseguente abbattimento del contenzioso. La banca dati dei dispositivi medici costituisce un *unicum* in Europa e ad essa va ora ad aggiungersi il nuovo sistema informativo sulla *dispo*vigilance in fase di realizzazione: un sistema di rete che dovrà consentire lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono i dispositivi medici. L'attività di vigilanza sui farmaci e sui dispositivi si estende, come noto, anche alla vendita *on line*; a tal fine è stata realizzata una pagina del portale del Ministero a ciò specificamente dedicata dove è consultabile anche l'elenco delle farmacie e degli esercizi commerciali autorizzati alla vendita *on line* senza obbligo di prescrizione. Più problematica appare l'attività di contrasto alla indisponibilità dei farmaci: il Ministero sta lavorando all'aggiornamento delle linee guida in materia di buona pratica di distribuzione per porre rimedio alle distorsioni prodotte nella filiera distributiva dalle elevate esportazioni di farmaci italiani (meno costosi rispetto ad altri paesi) o dalla vendita all'ingrosso. Tuttavia sul buon esito dell'intervento ministeriale grava un considerevole contenzioso; diverse delle circolari emanate sul tema sono state oggetto di ricorsi da parte di farmacisti e distributori di medicinali. Alcuni aspetti critici presenta anche il Progetto pilota condotto con il Ministero della difesa relativo alla produzione e commercializzazione della Cannabis ad uso terapeutico in Italia. A fine 2016 sono stati rilasciati i primi lotti per la distribuzione ed è previsto un periodo sperimentale di un anno in cui verranno acquisiti i dati sulle prescrizioni e sulle segnalazioni di eventuali reazioni avverse. Il prodotto nazionale Cannabis FM2 di produzione nazionale è quindi pienamente disponibile, tuttavia da parte delle ASL continua a farsi richiesta di acquisto del prodotto già in uso, che è un prodotto di importazione dall'Olanda e che presenta un costo decisamente più elevato.

3.1.5 "Comunicazione e promozione per la tutela della salute umana..."

Sono state stanziati nel 2016 risorse per 26,7 milioni (di cui 26,3 impegnati e 24,6 pagati) destinate per oltre il 70 per cento al contributo italiano all'Organizzazione mondiale della sanità. Al netto delle spese di personale e funzionamento degli uffici (circa 3,3 milioni), residua un importo marginale, poco più di mezzo milione di euro, destinato a sostenere i costi di campagne e interventi di comunicazione.

Nel 2016 sono state realizzate diverse iniziative di comunicazione e informazione tese a sensibilizzare la popolazione ad una maggiore consapevolezza e responsabilità nell'adottare stili di vita e comportamenti salutari: 1^ Giornata nazionale della salute della donna, campagna per la promozione dell'allattamento al seno, campagna per la prevenzione dell'abuso di alcool tra i giovani, campagna contro il fenomeno del *binge drinking*, *alcol prevention day* e *alcol prevention race*, campagna contro il tabagismo e contro l'abbandono degli animali domestici. Con lo scopo di diffondere una informazione corretta sono stati realizzati 11 numeri della newsletter del Ministero "SALUTEINFORMA+" e diversi opuscoli per la prevenzione di alcuni rischi per la salute a disposizione di ASL e Comuni. Rilevanti anche le iniziative di collaborazione bilaterale con altri paesi finalizzate a promuovere partenariati tecnico-scientifici

con l'obiettivo di far conoscere il modello sanitario italiano nelle aree di preminente interesse geografico. Le iniziative per la sottoscrizione di accordi bilaterali (Memorandum di intesa, Piani di azione, Intese tecniche, Lettere di intenti) hanno richiesto un'attività intensa con le controparti ed hanno portato nel corso del 2016 alla sottoscrizione di accordi con Iran, Cina, Libia, Lesotho, Montenegro, Indonesia.

TAVOLA 8

COMUNICAZIONE E PROMOZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE
DATI DI COMPETENZA

(in migliaia)

classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	2.510	3.909	2.469	3.743	2.619	3.734	55,8	51,6	42,6
<i>di cui: imposte pagate sulla produzione</i>	151	238	140	229	161	230	57,9	63,3	43,4
Consumi intermedi	4.668	2.685	4.386	2.417	966	822	-42,5	-44,9	-14,9
Trasferimenti di parte corrente	20.153	20.101	18.539	20.100	18.489	20.050	-0,3	8,4	8,4
<i>di cui: trasferimenti alle AP</i>	50	50	50	50	-	-	0,2	0,2	
Spese correnti	27.331	26.695	25.394	26.260	22.074	24.606	-2,3	3,4	11,5
Investimenti fissi lordi	4	4	4	3	0	-	-2,8	-11,9	
Spese in conto capitale	4	4	4	3	0	-	-2,8	-11,9	
SPESE FINALI	27.335	26.698	25.398	26.263	22.074	24.606	-2,3	3,4	11,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nell'ambito, invece, delle iniziative di partenariato multilaterale il Ministero è stato impegnato nella partecipazione ai progetti dell'Unione per il Mediterraneo ed in particolare sono stati gestiti e monitorati sei progetti da realizzare in dodici mesi riguardanti alcune specifiche macroaree: contrasto alle disuguaglianze, organizzazione dei servizi vaccinali, nutrizione/sicurezza alimentare, resistenza antibiotica, ricerca e cura nel campo dei tumori. E' proseguita anche l'attività di rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali nell'ambito del progetto COLOMED (creazione di una rete di coordinamento fra laboratori e centri clinici dedicati alla ricerca e terapia del tumore del colon-retto nei paesi dell'area mediterranea). Tra le attività istituzionali svolte con le Organizzazioni Internazionali, sicuramente di rilievo è stata la partecipazione al progetto *Public health aspects of migrations* in Europe (PHAME) conclusosi a giugno 2016. Le attività del progetto sono state principalmente indirizzate alla raccolta e sistematizzazione dei dati necessari alla creazione di un database sui fenomeni migratori, fornitura di assistenza tecnica ai paesi più coinvolti nel processo migratorio al fine di definire standard europei di servizi sanitari essenziali per i migranti, attività di comunicazione per migliorare la sensibilità della popolazione nella comprensione degli aspetti sanitari delle migrazioni. Data la rilevanza e l'attualità sempre crescente del fenomeno, il Ministero e l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS hanno concordato di proseguire il progetto PHAME per altri tre anni, fino al 2019. In questa nuova fase si intende offrire assistenza tecnica ai paesi OMS EURO per rafforzare la capacità dei sistemi sanitari nel superare le sfide dell'immigrazione di massa, colmando eventuali lacune nella fornitura di servizi sanitari comprese la diagnosi precoce e la gestione delle patologie. Alla luce dei risultati finora ottenuti e del consolidamento dell'esperienza acquisita, l'Italia è divenuta punto di riferimento per le buone pratiche in materia di migrazione e salute.

3.1.6. "Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure"

Il programma "Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure" ha potuto contare nel 2016 su uno stanziamento di 591 milioni, impegnati per 587,8 e pagati per 402,1. Risorse previste e gestite in lieve aumento rispetto all'anno precedente. Il programma è costituito per il 99 per cento da spesa per trasferimenti: vi afferiscono infatti spese relative agli indennizzi a favore di soggetti danneggiati in modo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (cap. 2409), nonché le spese per le transazioni da stipulare con

i danneggiati da sangue o emoderivati infetti che hanno instaurato azioni di risarcimento (cap. 2401). A questi due capitoli è destinato il 77,3 per cento dei trasferimenti correnti (453 milioni), mentre la restante quota (pari a 132,7 milioni) va agli enti vigilati (il 91,7 per cento all'Istituto Superiore di Sanità e all'Agenzia Italiana del Farmaco). Del tutto residuali gli importi relativi alle altre categorie di spesa.

TAVOLA 9

VIGILANZA SUGLI ENTI E SICUREZZA DELLE CURE
DATI DI COMPETENZA

(in migliaia)

classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	2.991	4.719	2.955	4.424	2.976	4.411	57,8	49,7	48,2
di cui : imposte pagate sulla produzione	180	288	175	272	182	272	59,7	55,4	49,1
Consumi intermedi	514	456	351	288	244	216	-11,2	-18,0	-11,5
Trasferimenti di parte corrente	579.813	585.779	579.803	583.080	395.776	397.432	1,0	0,6	0,4
di cui: trasferimenti alle Amministrazioni pubbliche	135.513	132.690	135.512	132.687	133.805	131.541	-2,1	-2,1	-1,7
Spese correnti	583.318	590.955	583.109	587.792	398.997	402.060	1,3	0,8	0,8
Investimenti fissi lordi	13	13	10	1	-	1	-1,3	-91,0	
Trasferimenti di parte capitale	48	47	48	47	48	47	-2,7	-2,7	-2,7
Spese in conto capitale	62	60	58	48	48	48	-2,4	-17,7	-1,2
SPESE FINALI	583.379	591.015	583.167	587.839	399.045	402.108	1,3	0,8	0,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Risulta ancora decisamente importante la mole di lavoro relativo alle pratiche di risarcimento ed indennizzo che fanno capo al Ministero anche se le funzioni e le relative risorse sono state trasferite alle Regioni (ad eccezione della regione Sicilia che non ha ancora provveduto a modificare in tal senso il proprio statuto). Il Ministero infatti gestisce, in via amministrativa, quasi 9000 posizioni che riguardano sia soggetti cui l'indennizzo è stato riconosciuto antecedentemente al trasferimento delle funzioni alle Regioni, sia le pratiche dei residenti nella regione Sicilia. L'Amministrazione è altresì competente per il riconoscimento e la corresponsione dell'indennizzo previsto dalla legge n. 229 del 2005 a favore dei danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie (15 nuovi ruoli di spesa fissa aperti nel 2016) e di quello introdotto dalla legge n. 244 del 2007, per i soggetti danneggiati a seguito dell'assunzione del farmaco talidomide (36 nuovi ruoli di spesa fissa nel 2016), per un totale di 1.065 beneficiari finali. A dette spese, iscritte sul cap. 2409, si aggiungono poi i titoli esecutivi emessi a seguito del contenzioso instauratosi per la corresponsione del beneficio stesso e per l'eventuale risarcimento del danno che rappresenta la parte più consistente della spesa: nel 2016, infatti, a fronte di 600.000 euro per la liquidazione dei nuovi ruoli di spesa fissa, l'esecuzione di titoli giudiziari di condanna per l'erogazione degli arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale e per la corresponsione di indennizzi e somme riconosciute a titolo di risarcimento, e tutti i pagamenti connessi al contenzioso, hanno comportato una spesa di 116,5 milioni. Per quanto riguarda invece gli indennizzi a favore dei soggetti affetti da sindrome da talidomide (cap. 2409, pg 03), come già verificatosi negli esercizi pregressi, le previsioni iniziali, 30 milioni, non sufficienti ad erogare gli indennizzi a tutti gli aventi diritto, sono state successivamente adeguate con l'integrazione di una prima quota di 10 milioni ed una seconda di ulteriori 3,4 milioni concessa con il DL 113/2016 che ha disposto l'ampliamento della platea di beneficiari ai nati tra gli anni 1958 e 1966.

Sul capitolo 2401 vengono invece imputate le spese per le transazioni da stipulare con i soggetti titolari del diritto all'indennizzo che abbiano instaurato azioni risarcitorie tuttora pendenti. La notevole mole di contenziosi aveva portato all'intervento normativo di cui al DL n. 90 del 2014 con l'introduzione della procedura di equa riparazione come alternativa alla transazione e all'azione risarcitoria al fine di accelerare la definizione dei procedimenti. Nel