corso del 2016 il Ministero ha istruito 1215 posizioni con riconoscimento dell'equa riparazione a 1515 soggetti danneggiati per un importo complessivo di 119,5 milioni. Tuttavia la misura alternativa al contenzioso giudiziario non ha dato complessivamente i risultati sperati, sia perché intervenuta in una fase spesso molto avanzata del giudizio, sia perché le categorie di soggetti finora considerate si riferiscono ai casi più gravi di danno per i quali l'equa riparazione, che può arrivare al massimo a 100.000 euro, non garantisce adeguato ristoro.

La mole di attività amministrativo-contabile legata ai capitoli 2409 e 2401 costituisce un ambito gestionale particolarmente critico del programma, evidente anche nel livello elevato di residui e di economie che si generano a causa del ritardo accumulato nell'evasione delle pratiche, nonché nei maggiori oneri in termini di interessi a carico dell'Amministrazione. In particolare nel 2016 sono state perse risorse per 56,5 milioni, di cui 2,7 milioni di economie per mancato impegno di spesa, 53,8 milioni di economie relative a risorse impegnate per le quali è scaduto il termine di conservazione dei residui. La dotazione non sufficiente di personale sembra essere l'elemento sul quale si appuntano le maggiori criticità e per sopperire alle carenze di organico il Ministero ha proseguito sulla strada già intrapresa nel 2015 dei progetti di collaborazione interdirezionale. L'incremento della spesa di personale di oltre il 50 per cento rispetto all'anno precedente sembra potersi leggere come esito di una riorganizzazione interna tesa a fronteggiare una situazione di carattere quasi emergenziale e che dovrebbe poi scemare negli anni futuri, tuttavia non appare ancora sufficiente ad assicurare il necessario potenziamento di produttività. Infatti nel 2016 sono state liquidate circa 1100 posizioni a fronte di 1700 procedure di liquidazione delle sentenze dei TAR. Inoltre il ritardo nel pagamento delle sentenze di I e II grado produce ulteriori contenziosi che sfociano in decreti ingiuntivi, sentenze di ottemperanza e nomina di commissari ad acta con conseguente rilevante lievitazione delle spese.

Per quanto riguarda il secondo pilastro dell'attività riferita al programma, la vigilanza sugli enti, si segnala che è tuttora in corso la procedura di riorganizzazione della Croce Rossa Italiana (d.lgs. n. 178 del 2012) al termine della quale tutte le funzioni saranno trasferite all'Associazione della CRI quale persona giuridica di diritto privato. Dal 1 gennaio 2016 fino alla data della liquidazione la CRI assume la denominazione di "Ente strumentale della CRI" mantenendo la personalità giuridica di diritto pubblico come ente non economico. Per il 2016, come per l'anno precedente, nessun contributo è stato erogato da parte del Ministero e per il finanziamento delle funzioni di cui dal decreto legislativo del 2012 sono stati attribuiti, a valere sul finanziamento del SSN, 146,4 milioni e, per il 2017, 131,7 milioni. E' in corso anche la procedura di liquidazione della Fondazione dell'Istituto Italiano di Ematologia e a fine 2016 è stata avviata l'operazione di cessione a titolo oneroso dei due rami operativi "Laboratorio" e "Reparto"; nel 2016 a favore della Fondazione è stato erogato un contributo pari a 3,4 milioni. Dall'attività di vigilanza nei confronti degli IRCCS di diritto pubblico è emerso che 8 istituti su 20 hanno conseguito nel 2015 un risultato economico negativo sul quale è stata richiamata l'attenzione delle Regioni competenti affinché si facciano promotrici di iniziative idonee ad assicurare il ripristino dell'equilibrio economico degli IRCCS.

3.1.7. "Sicurezza degli alimenti e nutrizione"

Il programma ha potuto contare nel 2015 su uno stanziamento di 11 milioni (in flessione dell'1,7 per cento rispetto al 2015). Anche in questo caso si tratta in prevalenza di spese per il personale e per consumi intermedi.

Dimezzate le risorse destinate all'attuazione delle disposizioni europee in materia di prodotti fitosanitari (4,3 milioni), 0,5 milioni sono destinati alle Regioni per l'inserimento di modelli informativi sulla celiachia nell'ambito dell'attività di formazione di ristoratori e albergatori e 0,3 milioni alle strutture pubbliche (scuole o ospedali) per la somministrazione di pasti senza glutine. Ridotte da 1,3 a circa 1 milione le somme previste per il potenziamento dei controlli e per le spese di laboratorio connesse.

Nel corso del 2016, l'attività della Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione è stata rivolta all'attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli 2014–2018, con riferimento ai contaminanti ambientali, l'igiene degli alimenti di origine animale e non animale, l'igiene delle tecnologie alimentari, gli OGM, i prodotti destinati ad un'alimentazione particolare e integratori alimentari, gli alimenti addizionati con vitamine e minerali, l'importazione di alimenti, le frodi alimentari, nonché all'elaborazione della normativa tecnica nazionale ed europea in materia.

TAVOLA 10

IGIENE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI
DATI DI COMPETENZA

(in migliaia)

classificazione economiche	Stanziamen- to definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	3.376	5.302	3.286	4.971	3.269	5.203	57,0	51,3	59,2
di cui : imposte pagate sulla produzione	202	68	196	63	196	315	-66,5	-67,9	60,6
Consumi intermedi	6.901	4.814	6.654	4.361	1.184	809	-30,2	-34,5	-31,7
Trasferimenti di parte corrente	962	930	938	876	-	876	-3,3	-6,6	
di cui: trasferimenti alle AP	43	593	41	549	-	549	1286,5	1251,6	
Spese correnti	11.240	11.046	10.878	10.208	4.453	6.888	-1,7	-6,2	54,7
Investimenti fissi lordi	3	3	-	-	-	-	-2,8		
Spese in conto capitale	3	3	-	-	-	-	-2,8		
SPESE FINALI	11.243	11.049	10.878	10.208	4.453	6.888	-1,7	-6,2	54,7

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

I controlli dei sistemi regionali di prevenzione in materia di sicurezza degli alimenti, mangimi, benessere e salute animale, nell'ambito della verifica degli adempimenti prevista dal Comitato LEA, hanno riguardato nell'anno 15 Regioni. L'azione di promozione svolta dal Ministero con l'attività di *audit* ha, a sua volta, favorito un rafforzamento dei controlli delle Regioni sulle proprie aziende sanitarie. Limitati, tuttavia, i miglioramenti nella qualità dei controlli regionali che si attendevano dall'applicazione delle *Linee guida* approvate nel 2013 dalla Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire una maggiore standardizzazione sia nei criteri organizzativi e operativi che procedurali, rafforzando l'omogeneità e l'efficacia dell'attività dei vari soggetti coinvolti. La loro attuazione è risultata infatti solo parziale.

E' stato poi avviato, a marzo 2016, il Piano nazionale di controllo delle micotossine negli alimenti (i risultati acquisiti sul sistema elettronico dei flussi informativi sanitari – NSIS sono in fase di valutazione). Per gli altri contaminanti individuati dalle Raccomandazioni dell'UE sono proseguite le attività di monitoraggio i cui risultati sono stati inviati all'Agenzia europea – EFSA²⁶. E' proseguita infine l'attuazione del Piano nazionale di controllo degli organismi geneticamente modificati (OGM).

Sempre in ambito europeo, sono proseguite le attività volte alla gestione delle allerte alimentari e delle situazioni di emergenza mediante la rete del sistema RASFF. L'Italia è risultata il primo Paese per il numero di segnalazioni inviate alla Commissione europea, dimostrando, come negli anni passati, una intensa attività di controllo sul territorio nazionale, con un totale di 415 notifiche (pari al 14,2 per cento del totale); a seguire la Germania (368 notifiche), Regno Unito (352), Olanda, Francia, Spagna e Belgio. Il maggior numero di dichiarazioni di non conformità hanno riguardato i prodotti provenienti dalla Turchia (276), dalla Cina (256) e dall'India (194). E' da rilevare che, accanto alla buona attività di controllo sulle merci di provenienza estera, l'Italia si distingue tuttavia anche per l'elevato numero di segnalazioni ricevute (105 nel 2016, 115 nel 2015), ponendosi al quinto posto tra i Paesi europei

²⁶ L'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) è un'Agenzia europea indipendente, che controlla e analizza le informazioni e i dati relativi a pericoli biologici, contaminanti chimici, consumo alimentare e rischi emergenti. Tali attività sono svolte dalle rispettive unità scientifiche dell'EFSA, assistite da gruppi di lavoro e da reti. L'Autorità esercita inoltre una funzione di supporto nello sviluppo di approcci di valutazione del rischio. Il foro consultivo rappresenta il punto di incontro con le Autorità nazionali competenti per lo scambio di informazioni su rischi potenziali e la condivisione di conoscenze. I membri del foro consultivo sono sostenuti da "punti focali", che fungono da interfaccia tra l'EFSA e le autorità nazionali competenti.

e al nono considerando anche i Paesi terzi. Tra i contaminanti microbiologici, un elevato numero di notifiche hanno riguardato il riscontro della salmonella, mentre tra quelli chimici le micotossine, i fitofarmaci, metalli pesanti e residui di farmaci veterinari.

Nell'area della lotta agli sprechi alimentari, la legge n. 166 del 2016 prevedeva che il Ministero della salute predisponesse delle Linee di indirizzo rivolte agli enti gestori di mense scolastiche, aziendali, ospedaliere, sociali e di comunità, al fine di prevenire e ridurre lo spreco connesso alla somministrazione degli alimenti. A tale riguardo, è stato istituito un Tavolo tecnico con i principali esperti della problematica, che si è insediato nel mese di dicembre.

Per i progetti di studio, in attuazione degli impegni assunti in occasione dell'Expo e oggetto della *Carta di Milano*, la Direzione Generale per l'Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione ha avviato, nel mese di settembre, una collaborazione con INAIL DT - Dipartimento Biotecnologie – lo studio pilota sulle cause dello spreco alimentare ed interventi correttivi (Progetto "SPAIC"). L'obiettivo di sensibilizzare giovani studenti su tale materia è perseguito attraverso un percorso orientato su un modello educativo che stimoli l'adozione di buone pratiche e comportamenti virtuosi nella quotidianità. A novembre è stata avviata a Bruxelles la *Platform Food Losses and Food Waste* in ambito internazionale. La Comunità europea ha individuato alcuni punti cardine su cui focalizzare l'attenzione, canalizzando il lavoro in direzione di tre temi: donazioni, monitoraggio degli sprechi e riutilizzo delle eccedenze ai fini mangimistici.

Sempre in attuazione di quanto previsto dalla *Carta di Milano*, sono stati siglati due protocolli d'intesa tra il Ministero della salute e le associazioni del settore alimentare, della pubblicità e del commercio per favorire la corretta alimentazione della popolazione infantile (3-12 anni) e permettere una maggiore disponibilità di alimenti con più bassi livelli di sale, grassi saturi, acidi grassi trans e zuccheri. Nell'ambito del monitoraggio, necessario per verificare gli impegni assunti, sono pervenuti, da parte delle Associazioni di categoria, i dati parziali a luglio 2016 relativi a 5 categorie merceologiche che evidenziano un netto miglioramento delle caratteristiche nutrizionali dei prodotti segnalati ed il pieno raggiungimento degli obiettivi previsti dai protocolli.

3.1.8. "Sistemi informativi per la tutela della salute e il governo del SSN"

Al finanziamento del programma sono destinati nel 2016 20,3 milioni (in riduzione del 6,3 per cento rispetto al 2015). Si tratta per poco meno dell'85 per cento di spese per consumi intermedi tra cui quelle per la manutenzione del sistema informativo NSIS che nell'anno sono state superiori ai 16,4 milioni. Ridotti considerevolmente gli investimenti fissi: dai 2,3 milioni del 2015 a poco più di 200mila euro nel 2016.

TAVOLA 11

SISTEMI INFORMATIVI PER LA TUTELA DELLA SALUTE COMPETENZA

(in migliaia)

classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	variazioni		
Spesa per il personale	1.962	2.991	1.944	2.735	1.969	2.727	52,4	40,7	38,5
di cui : imposte pagate sulla produzione	119	183	109	163	116	163	54,1	49,4	39,7
Consumi intermedi	17.376	17.087	17.303	16.790	13.023	12.730	-1,7	-3,0	-2,2
Spese correnti	19.338	20.077	19.247	19.525	14.992	15.457	3,8	1,4	3,1
Investimenti fissi lordi	2.323	213	2.149	-	759	-	-90,8	-100,0	-100,0
Spese in conto capitale	2.323	213	2.149	-	759	-	-90,8	-100,0	-100,0
SPESE FINALI	21.661	20.291	21.397	19.525	15.751	15.457	-6,3	-8,7	-1,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Strumentale alla verifica della qualità dei servizi resi, oltre che della coerenza tra le prestazioni ed i relativi costi, è l'attività di monitoraggio svolta sulla base dei flussi informativi attualmente disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Rilevante per un'analisi completa dei fenomeni sanitari è la lettura integrata delle informazioni relative ai diversi livelli assistenziali. I controlli effettuati permettono poi di valutare la qualità dei dati rilevati e di avviare le opportune azioni di miglioramento verso le Regioni e Province autonome.

Ai fini dell'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN, il Ministero della salute aveva pertanto predisposto, a fine 2012, lo schema di regolamento 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. Il provvedimento è entrato in vigore nel febbraio 2017, a distanza di ben 4 anni dall'inizio dell'iter.

Ancora in attesa di giungere a conclusione l'istruttoria per l'ottenimento del parere dell'Autorità Garante della *Privacy*, propedeutico agli ulteriori passi per l'adozione del provvedimento, lo schema di decreto istitutivo dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA).

Dal monitoraggio svolto nel corso del 2016, emerge che in tutte le Regioni sono ormai consolidate le procedure relative ai sistemi unici di prenotazione (CUP) e l'invio on-line dei certificati di malattia. In recupero i ritardi nella dematerializzazione delle ricette, con valori che a ottobre 2016 risultavano pari o superiori al 90 per cento per la farmaceutica e compresi tra il 70 e il 90 per la specialistica territoriale.

Operativo invece solo in alcune Regioni il Fascicolo Sanitario Elettronico, dopo l'entrata in vigore del relativo dPCM nel settembre 2015 e l'istituzione del Tavolo Tecnico. Ritardi si rilevano anche nella creazione della rete in materia di dispositivi medici, prevista dal Patto della salute²⁷ e diretta a consentire lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni tra le Regioni riguardanti incidenti che coinvolgono tali dispositivi.

Progressi registra la gestione dei flussi informativi relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), la cui normativa regolamentare è stata aggiornata lo scorso esercizio²⁸. Vanno inoltre segnalati i nuovi strumenti di monitoraggio diretti a consentire la fruizione delle informazioni da parte dei differenti livelli del SSN e l'analisi di *benchmark* a livello regionale²⁹.

In attuazione di quanto previsto dal Patto della salute, nel luglio 2016 è stato predisposto il Patto per la Sanità Digitale, con l'attribuzione alla Cabina di regia del NSIS, integrata con i rappresentanti degli altri *stakeholders* di riferimento, delle funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attuazione.

E' proseguita infine la partecipazione del Ministero della salute all'*eHealth Network*³⁰ e alla *Joint Action to support the eHealth Network*, (JAseHN), che si pone l'obiettivo di supportare l'eHN attraverso la predisposizione di linee guida, raccomandazioni e *policy* in coerenza con le priorità³¹ e le determinazioni dello stesso eHN.

²⁷ Articolo 1, comma 586, della legge di stabilità n. 190 del 2014.

²⁸ Decreto 7 dicembre 2016, n. 261 del Ministero della salute recante il "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera".

²⁹ Al fine di rendere in maniera sempre più dinamica e veloce, rispetto al passato, la fruizione dei dati raccolti, nell'anno 2016 sono stati realizzati dei Cruscotti NSIS, specifici per *setting* assistenziale, che consentono la navigazione dinamica - attraverso la scelta di periodi temporali, caratteristiche dell'utenza, prestazioni erogate, georeferenziazione ecc. - con oltre 200 indicatori di analisi.

³⁰ L'eHN è un organismo che nasce come rete volontaria di collegamento tra le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria on line designate dagli Stati Membri. In particolare, l'eHN si propone la finalità di creare i presupposti per rafforzare la continuità delle cure; garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di elevata qualità a livello comunitario; elaborare orientamenti e sostenere gli Stati Membri affinché definiscano misure comuni per agevolare la trasferibilità dei dati nell'ambito dell'assistenza sanitaria transfrontaliera. L'eHN si riunisce con cadenza semestrale.

³¹ Le quattro aree prioritarie sono interoperabilità e standardizzazione (cui partecipa il Ministero della salute), monitoraggio e *assessment* dell'implementazione, condivisione delle informazioni e cooperazione globale e posizionamento.

3.1.9. “Regolamentazione e vigilanza delle professioni sanitarie”

Pressoché solo spese per il personale e consumi intermedi caratterizzano il programma relativo alle professioni sanitarie. Si tratta di 6,7 milioni (4,4 milioni nel 2015) impegnati e pagati quasi per intero: 4,7 milioni per redditi e oneri riflessi e 2 per consumi intermedi, di cui 1,2 milioni da pagare alla Sisac in relazione al funzionamento della struttura.

TAVOLA 12

REGOLAMENTAZIONE E VIGILANZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
DATI DI COMPETENZA

(in migliaia)

classificazione economica	Stanzimento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	2.916	4.692	2.880	4.589	2.903	4.570	60,9	59,4	57,4
di cui: imposte pagate sulla produzione	176	285	172	274	176	279	62,2	59,2	58,3
Consumi intermedi	1.455	2.043	1.392	1.685	1.199	1.590	40,4	21,0	32,6
Spese correnti	4.372	6.735	4.272	6.274	4.102	6.160	54,1	46,9	50,2
Investimenti fissi lordi	5	5	4	-	4	-	-2,9	-100,0	-100,0
Spese in conto capitale	5	5	4	-	4	-	-2,9	-100,0	-100,0
SPESE FINALI	4.377	6.740	4.276	6.274	4.106	6.160	54,0	46,7	50,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nel corso dell'anno 2016, il Ministero della salute, con il supporto tecnico di AGENAS e la collaborazione delle Regioni ha sviluppato un modello di pianificazione (cosiddetto *stock and flow*) e uno strumento di calcolo dei fabbisogni di personale sanitario. Essi sono stati applicati in via sperimentale per la determinazione dei fabbisogni di farmacisti, infermieri, medici, odontoiatri e ostetriche, formulando previsioni di domanda e offerta di professionisti dall'anno 2015 fino al 2040. Inoltre, è stata analizzata la situazione attuale dei professionisti sanitari ed è stato identificato lo *stock* di professionisti attivi sul mercato del lavoro indipendentemente dal settore di impiego, andando a quantificare anche la quota di professionisti già formati ma non ancora attivi sul mercato del lavoro. Con l'istituzione del “Tavolo Permanente per la pianificazione del fabbisogno formativo dei professionisti sanitari” è stato consolidato il modello e perfezionata la metodologia proposta, che è stata estesa a tutte le figure professionali. Per l'anno 2017, le Regioni e Province autonome sono state chiamate a determinare le proprie esigenze di professionisti, distinte per singola professione sanitaria, adottando, attraverso l'utilizzo del modello previsionale, i principi metodologici concordati durante il “Progetto pilota”, così come sanciti con l'Accordo Stato-Regioni del 9 giugno 2016.

In tema di responsabilità professionale sanitaria, nel 2016 sono proseguiti i lavori sullo schema di d.P.R. previsto dall'art. 3, comma 2, del DL n. 158 del 2012 volto a disciplinare le procedure ed i requisiti uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi per gli esercenti le professioni sanitarie nonché la costituzione di un Fondo di garanzia per i professionisti che non riescono a trovare un'adeguata copertura assicurativa sul mercato. L'iter del provvedimento non si è però concluso nell'esercizio, in attesa dell'approvazione del disegno di legge recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” intervenuta solo ad inizio 2017.

In tale provvedimento, si prevedono norme generali sulla sicurezza delle cure, centri in ogni Regione per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, la fornitura della documentazione sanitaria richiesta entro tempi limitati (7 giorni), il rispetto da parte degli esercenti le professioni sanitarie delle raccomandazioni previste dalle linee guida; l'introduzione nel codice penale di una fattispecie autonoma di reato per “responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario”, disponendo che qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità in sede penale è esclusa se sono state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida. Si dettano specifiche disposizioni in materia di responsabilità civile delle strutture e dei professionisti sanitari e si prevede che la responsabilità professionale sia di tipo contrattuale per il libero professionista (e per le strutture) ed

extracontrattuale per il professionista dipendente, si prevede tale obbligo per tutte le strutture pubbliche e private al fine di far fronte alle richieste di risarcimento dei danni derivanti a terzi per casi di *malpractice*, nonché per tutti i liberi professionisti. E' attribuito ad un regolamento l'istituzione di un Fondo di garanzia per i casi in cui non si possa provvedere con le assicurazioni. Si introduce, inoltre, l'obbligo di esperire preliminarmente ai giudizi civili un tentativo obbligatorio di conciliazione, quale condizione di procedibilità stessa dell'azione di risarcimento del danno. Ciò al fine di accelerare l'iter dei procedimenti e deflazionare i contenziosi.

Nel corso dell'anno sono proseguiti i lavori del Tavolo previsto dall'art. 22 del Patto per la salute 2014-2016 per definire un disegno legge delega che detti principi e criteri volti a promuovere un più generale processo di valorizzazione delle risorse umane del SSN. Nonostante il mutamento della domanda di salute, registrato negli ultimi anni, costituisca una forte leva verso lo sviluppo delle competenze professionali e l'integrazione multi-professionale, la conflittualità generatasi tra le categorie professionali mediche da un lato, e le professioni infermieristiche, tecniche e della riabilitazione, dall'altro, non hanno consentito di giungere ad un documento condiviso.

Il monitoraggio sull'attività libero-professionale intramuraria ha consentito di mettere in evidenza nell'esercizio i progressi, ma anche le criticità delle esperienze a livello regionale. Sono 19 le Regioni che risultano adempienti nella individuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'attività intramuraria; tale prescrizione, introdotta dalla legge n. 120 del 2007, non risulta ancora attuata in 2 contesti regionali (Umbria e Lazio).

Solo 13 Regioni hanno provveduto ad emanare/aggiornare le linee guida regionali sulle modalità di gestione dell'attività libero-professionale, mentre 11 hanno istituito appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Sono rimaste 10 (come nel 2013) le Regioni in cui tutte le Aziende presenti hanno dichiarato di aver attivato l'infrastruttura di rete prevista dal decreto-legge n. 158 del 2012, mentre sono cresciute da 8 a 15 quelle che prevedono la corresponsione delle prestazioni erogate in regime libero-professionale direttamente all'Azienda (non in Lombardia, Lazio Sicilia Sardegna e Calabria). Stesso numero, ma diverse, le Regioni che hanno definito, d'intesa con i dirigenti interessati, gli importi da corrispondere a cura dell'assistito, idonei, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, nonché ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti e indiretti sostenuti dalle Aziende (comprese le attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete). Sono 8 le Regioni in cui tutte le Aziende hanno provveduto a effettuare una trattenuta del 5 per cento sul compenso del professionista quale ulteriore quota da vincolare a interventi di prevenzione, o volti alla riduzione delle liste di attesa. Solo in 6 Regioni si ha piena adempienza all'attività di controllo relativa al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime libero-professionale. Ben più consistente il numero (15) delle Regioni in cui si è prevista l'adozione di misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale.

Altro aspetto analizzato è la disponibilità di spazi interni all'Azienda per l'esercizio della libera professione intramuraria. I risultati della rilevazione hanno evidenziato che solo in 5 Regioni (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, P.A. Trento e P.A. Bolzano e Valle d'Aosta) tutte le Aziende garantiscono ai dirigenti medici spazi idonei e sufficienti per esercitare la libera professione. Nella gran parte delle restanti Regioni, accertata la carenza più o meno marcata di spazi aziendali, è stato necessario ricorrere all'acquisizione di spazi esterni tramite acquisto, locazione e stipula di convenzioni e/o all'attivazione del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero-professionale, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete. Al riguardo va osservato come, nell'ultimo triennio, il numero complessivo di dirigenti medici che esercita la libera professione sia diminuito sia in termini assoluti sia in termini percentuali (rispetto al totale dirigenti dipendenti di Aziende del Servizio Sanitario Nazionale). In particolare, il numero di medici che esercitano ALPI è passato da 59.000 unità relative all'anno 2012, pari al 48 per cento del totale medici, a 53.000 unità nel 2014, pari al 44 per cento circa del totale Dirigenti medici del SSN.

L'analisi complessiva del fenomeno ha confermato disomogeneità attuative nelle diverse

Regioni/Province autonome, con contesti sicuramente più avanzati e altri in corso di progressivo adeguamento. Incongruenze significative si riscontrano nel Lazio, in Calabria, in Sardegna ed in Molise e sono principalmente ascrivibili, come dichiarato dalle stesse Amministrazioni regionali, a professionisti che, al 31 dicembre del 2014, esercitavano in studi privati non ancora collegati in rete.

I primi risultati della rilevazione avviata nel 2016 sulla intramoenia c.d. allargata (cioè quella svolta nello studio del professionista) rivelano come diverse Regioni non abbiano autorizzato l'adozione del programma sperimentale (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Provincia autonoma di Trento e di Bolzano, Valle D'Aosta, Toscana, Marche, Emilia Romagna, Molise). Le restanti Regioni hanno provveduto ad adottare provvedimenti con i quali hanno recepito i criteri contenuti nell' Accordo ed hanno avviato le procedure per la verifica del programma sperimentale.

3.2. La missione "Ricerca e innovazione"

3.2.1. "Ricerca per il settore della sanità pubblica e per il settore zooprofilattico"

La missione "Ricerca e innovazione" si avvale nel 2016, per la parte gestita dal Ministero della salute, di risorse per 297,1 milioni di cui impegnati nell'anno 284 e pagati 172,7. La spesa per ricerca risulta quindi in flessione di oltre l'8 per cento sia in termini di risorse stanziate che impegnate e del 7,5 per quelle liquidate. Come negli esercizi passati, il programma "Ricerca per il settore della sanità pubblica" esaurisce pressoché l'intera missione rappresentando più del 95 per cento della spesa complessiva. Afferiscono infatti a tale programma i trasferimenti per la ricerca corrente pari a 257,7 milioni e i contributi agli investimenti per 18,8 milioni. Entrambe le categorie di spesa, le più significative del programma, risultano in flessione rispetto al 2015: - 4,1 per cento la parte corrente e -44,2 la parte capitale. La dotazione del Fondo per il finanziamento dell'attività di ricerca corrente finalizzata, fonte principale di alimentazione della spesa per ricerca, aveva nel 2016 una dotazione di 254,1 milioni in leggera flessione rispetto all'anno precedente. A tali risorse si aggiungono poi altri contributi specifici come quelli a favore dell'Ospedale Gaslini di Genova e dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare o il finanziamento della ricerca corrente dell'ISS e di AGENAS. I contributi agli investimenti si riducono in termini di stanziamenti quasi della metà passando dai 33,8 milioni del 2015 a 18,8 del 2016.

TAVOLA 13

MISSIONE RICERCA E INNOVAZIONE – DATI DI COMPETENZA

(in milioni)

classificazione economica	Stanziamiento definitivo		Impegni		Pagamenti		Stanz. def.	Imp. comp.	Pag. comp.
	2015	2016	2015	2016	2015	2016			
Spesa per il personale	3,8	3,5	3,6	3,2	3,6	3,2	-7,5	-10,5	-10,6
di cui : imposte pagate sulla produzione	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-7,1	-12,5	-13,1
Consumi intermedi	3,8	3,5	3,7	3,0	2,8	2,6	-5,8	-19,9	-9,3
Trasferimenti di parte corrente	283,8	271,2	283,8	271,2	173,9	160,4	-4,4	-4,4	-7,8
di cui: trasferimenti alle AP	283,8	271,2	283,8	271,2	173,9	160,4	-4,4	-4,4	-7,8
Spese correnti	291,4	278,3	291,1	277,4	180,3	166,2	-4,5	-4,7	-7,8
Investimenti fissi lordi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Trasferimenti in conto capitale	33,8	18,8	20,3	6,6	6,4	6,6	-44,2	-67,7	2,6
Spese in conto capitale	33,8	18,9	20,3	6,6	6,4	6,6	-44,2	-67,7	2,6
SPESE FINALI	325,2	297,1	311,4	284,0	186,7	172,7	-8,6	-8,8	-7,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Tra gli obiettivi operativi del programma erano previsti il miglioramento del controllo della qualità delle revisioni concernenti la valutazione dei progetti di ricerca e il rafforzamento delle azioni volte a garantire la trasparenza degli atti relativi al processo decisionale di valutazione. Nel corso dell'anno l'attività funzionale al controllo di qualità delle revisioni è stata svolta implementando le linee guida per l'attribuzione dei punteggi da parte dei revisori per

ridurre quanto più possibile la soggettività della valutazione in *peer review* ed è stato rafforzato il controllo di secondo livello attraverso il sistema *Editors*. Ai fini di una maggiore trasparenza del processo decisionale di valutazione, a fine anno 2016, sono state pubblicate sul sito istituzionale del Ministero le informazioni relative al processo di valutazione in corso ed alcuni dati sui progetti presentati (distribuzione per sezione del bando, tipologia di ricerca, area di *expertise*, distribuzione per destinatario finale.). Ai *referee* nazionali è stata demandata la valutazione di impatto della ricerca sul SSN, in particolare in termini di miglioramento dell'assistenza erogata dal sistema. E' stato rafforzato l'impegno nel campo del trasferimento tecnologico della ricerca biomedica traslazionale con l'obiettivo di trasformare il risultato della ricerca in un vantaggio competitivo per il sistema produttivo e per il benessere dei cittadini³².

Tra gli aspetti critici del mondo della ricerca emerge il problema del precariato che è stato oggetto di approfondimento da parte del Ministero. Sono state individuate 44 figure professionali appartenenti alla ricerca distinte in due aree: area ricercatore e area professionalità della ricerca relativa al personale che svolge attività di supporto tecnico-amministrativo ed è stata formulata una specifica proposta normativa per introdurre anche nel SSN i principi della Carta europea dei ricercatori; nella proposta si prevede un percorso di sviluppo professionale (personale di ricerca, personale di ricerca esperto, personale di ricerca senior) che, nel caso di positiva conclusione, comporta l'ingresso nei ruoli del SSN. Il percorso cerca di conciliare la garanzia di continuità e progressione in carriera del lavoratore con la flessibilità tipica dell'ambito della ricerca che prevede un alto grado di competitività internazionale.

Un secondo aspetto critico riguarda l'esiguo numero di progetti presentati nell'area del cofinanziamento industriale. Nel tentativo di migliorare questo aspetto, il bando della ricerca finalizzata 2016 ha previsto una innovativa modalità di gestione dei programmi con il coinvolgimento diretto delle Regioni nell'individuazione delle aree tematiche e nella partecipazione con un cofinanziamento almeno pari a quello statale; con l'obiettivo di attrarre poi potenziali soggetti privati finanziatori, il bando è stato anticipato da una *call for funding organization*, preceduta a sua volta dall'invito ai presidenti di numerosi enti privati individuati come potenzialmente interessati a partecipare ad un incontro illustrativo. Anche tale modalità innovativa di gestione del bando non ha dato esito positivo e si stanno approfondendo, in previsione del nuovo bando per il 2017, i motivi e le ragioni della scarsa adesione dei soggetti privati. Sul fronte del coordinamento dei diversi attori pubblici impegnati nella ricerca, il Ministero, insieme ad AIFA e ISS, ha raccolto segnalazioni di criticità connesse all'accesso alle sperimentazioni cliniche. A fine 2016 è stato quindi sottoscritto tra Ministero, AIFA, ISS, Farmaindustria, Assobiomedica e Assobiotec il progetto *Fast track* per la sperimentazione clinica dei farmaci e dei dispositivi medici con l'obiettivo di assicurare massima trasparenza, efficienza, misurabilità e certezza nei tempi, per la valutazione della sperimentazione dei medicinali. Attiene sempre all'ambito del coordinamento dei soggetti pubblici nella ricerca anche l'attività del Sottogruppo Salute della Strategia nazionale di Specializzazione Intelligente, approvata nel 2016 dalla Commissione europea per orientare la programmazione del ciclo 2014-2020. I lavori per la redazione della proposta del Piano attuativo relativo all'area "Salute alimentazione e qualità della vita" sono stati coordinati dal Ministero ed il documento è stato inviato alla Presidenza del Consiglio per le valutazioni finalizzate alle successive fasi per l'approvazione del Piano.

³² Al trasferimento tecnologico e all'*open innovation* nelle scienze della vita sono stati dedicati due eventi di incontro tra ricercatori IRCCS titolari di brevetti innovativi e imprese (gli Stati Generali della Ricerca e *Meet Italy for Life Sciences*³²).