stabilità interno (art. 28 legge n. 448/1998) e ripresi, come si è detto, dal recente D.L. n. 17/2001 convertito nella legge n. 129/2001[7].

Un significativo contributo in tal senso assicura la Relazione sullo stato sanitario del Paese, recentemente resa per il 2000. La predisposizione di tale importante documento, insieme ad altri compiti di gestione dell'attività editoriale ministeriale, di centri di documentazione, di osservatori, di programmi di informazione e di studi finalizzati all'educazione sanitaria ed alla promozione della salute dei cittadini. così come i rapporti di interesse sanitario con le organizzazioni di volontariato e del terzo settore, sono assegnati alla nuova direzione generale degli studi, della documentazione sanitaria e della comunicazione ai cittadini, facente capo al Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali.

Sotto un ulteriore connesso versante, di particolare rilievo finanziario nel SSN, va segnalato che alla Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza, sono assegnate funzioni strategiche sia nelle fasi della ricerca, che della sperimentazione, produzione e commercializzazione dei medicinali per uso umano e connessa farmacovigilanza, nell'ambito dello stesso Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali. In particolare rileva l'esigenza di assicurare una piena operatività dell'Osservatorio nazionale sull'impiego del farmaco, in un'area di spesa che desta forti preoccupazioni per gli equilibri finanziari statali e regionali ed in cui è particolarmente avvertita l'esigenza di non richiamarsi, prevalentemente, a fonti conoscitive non ufficiali.

Ulteriori aree significative del ruolo dei livelli centrali nel SSN sono individuabili nelle competenze in materia di professioni sanitarie e personale del Servizio sanitario nazionale: se ne occupa una direzione generale, con particolare riferimento ai fabbisogni di personale sanitario e di medici specialisti, nonché alla formazione, ivi comprese quella continua, quella specifica in medicina generale e quella manageriale, evidenziate nei recenti documenti programmatici ed accordi contrattuali. Tale Direzione generale svolge anche compiti di supporto al rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, perfezionati nel 2000[8].

Una ulteriore qualificante area, di significativo rilievo finanziario, è quella della ricerca sanitaria, che si estende anche a programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali di collaborazione tra le strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati; nel settore rilevano le funzioni di supporto al funzionamento della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria e di vigilanza su altri Organismi del complesso sistema sanitario (Istituto superiore della sanità, Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, Agenzia per i servizi sanitari regionali, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Croce rossa italiana, Lega italiana per la lotta contro i tumori; Istituto italiano di medicina sociale)[9].

I profili organizzativi e gestionali dell'amministrazione sono assegnati alla Direzione generale per la organizzazione, bilancio e personale del Ministero, che provvede all'individuazione dei fabbisogni di risorse umane, finanziarie e strumentali ed alla relativa acquisizione, curando i rapporti con l'ufficio del ruolo unico della dirigenza statale, la formazione del personale, le relazioni sindacali, la contrattazione e mobilità (esclusa quella dipartimentale), le relazioni con il pubblico[10].

---

[7] Le Sezioni regionali della Corte hanno avviato, in attuazione della delibera n. 4/2000 delle SS.RR. analisi parallele e coordinate in materia sanitaria.

[8] Vedasi par. 3.3. Con d.P.R. 27 marzo 2001, n. 220 è stato approvato il regolamento recante la disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del SSN (G.U. 12 giugno 2001).

[9] Con d.P.R. 13 febbraio 2001, n. 213 è stato emanato il regolamento di semplificazione del procedimento per il finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli IGCS, in base alla legge n. 59/1997.

[10] Con D.P.C.M. 21 marzo 2001 è stata approvata la rimodulazione delle dotazioni organiche del personale appartenente alle aree funzionali, alle aree economiche ed ai profili professionale del Ministero della sanità (G.U. 13 giugno 2001).

Un ulteriore settore di competenze di particolare rilievo nel SSN e nei documenti programmatici (assegnato al Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali) è quello della prevenzione e promozione della salute della tutela igienico-sanitaria da fattori di inquinamento e nei confronti delle sostanze pericolose, dell'igiene e sicurezza del lavoro. Le competenze assegnate ad una apposita Direzione generale coprono delicate aree ad elevata valenza di integrazione sociosanitaria, relative alla radioprotezione, alla prevenzione delle tossicodipendenze e alle malattie di rilievo sociale, inclusa la tutela della salute mentale, l'invalidità civile e la disabilità, alle problematiche attinenti al sangue ed agli emoderivati, al trapianto di organi, alle procedure autorizzative concernenti microrganismi ed organismi geneticamente modificati[11].

In relazione a tale complesso processo evolutivo, si segnala che le direzioni generali di entrambi i dipartimenti, nell'ambito delle materie di rispettiva competenza, esercitano i necessari poteri di accertamento e di ispezione, anche nei confronti degli organismi che svolgono le funzioni e i compiti amministrativi conferiti, come previsto dall'articolo 115, comma 1, lettera e), del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112, avvalendosi, prioritariamente, del personale cui il vigente ordinamento attribuisce, in modo specifico, compiti di natura ispettiva; le stesse direzioni esercitano le attività istruttorie connesse con l'esercizio dei poteri sostitutivi e quelle strumentali per l'adozione dei provvedimenti d'urgenza ai sensi dell'articolo 117 del predetto decreto legislativo.

Allo stesso dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali fanno capo, oltre ad una Direzione generale competente per i rapporti internazionali e le politiche comunitarie, altre due direzioni generali: si tratta della direzione generale della sanità pubblica veterinaria, degli alimenti e della nutrizione, che svolge compiti di peculiare rilievo in ordine alla salubrità dei prodotti di origine animale e dei loro sottoprodotti agli alimenti per uso umano, alla sicurezza alimentare, alla polizia veterinaria ed alla profilassi internazionale nei settori veterinario e alimentare; e della direzione generale "delle prestazioni sanitarie e medico-legali", che provvede alle attività e agli interventi di spettanza statale in tali settori ed in particolare nei rapporti giuridici ed economici in materia di assistenza sanitaria nell'ambito dell'Unione europea e in ambito extracomunitario, curando gli interventi straordinari in materia di assistenza sanitaria in Italia agli emigrati, agli apolidi, ai rifugiati politici ed agli stranieri, nonché di assistenza sanitaria e medico legale del personale navigante[12].

Sempre in tema di riconsiderazione del nuovo complessivo atteggiarsi delle strutture disegnate dal d.P.R. n. 435/2000 - la cui attuazione non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato[13] - va ricordato che presso il Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione opera la segreteria generale del Consiglio superiore di sanità, cui è preposto un dirigente di prima fascia del ruolo unico della dirigenza delle

---

[11] Al riguardo si registra sul complessivo versante di conferimento di funzioni e risorse alle autonomie l'emanazione del D.P.C.M. di trasferimento di beni, servizi e risorse finanziarie in tema di salute umana e sanità veterinaria. Con D.P.C.M. 26 maggio 2000 (pubblicato sulla G.U. 11 ottobre 2000, n. 238) sono state individuate le risorse strumentali, umane, finanziarie e organizzative da trasferire alle regioni e agli enti locali in materia di sanità per 168 mld annui e 32 unità di personale. Con D.P.C.M. 13 novembre 2000 sono stati adottati i criteri di riparto e ripartite tra le regioni e gli enti locali le risorse individuate per l'esercizio delle funzioni in materia di sanità Con i 15 D.P.C.M. in data 22 dicembre 2000 sono state effettivamente trasferiti alle regioni e agli enti i beni e le risorse per l'esercizio delle funzioni conferite dal d.lgs. n. 112/1998 anche in materia di salute umana e sanità veterinaria.

[12] La D.G. svolge anche compiti di supporto delle funzioni contenziose della Commissione medica d'appello avverso i giudizi di inidoneità permanente al volo; funzioni consultive medico-legali nei ricorsi amministrativi o giurisdizionali concernenti pensioni di guerra e di servizio e nelle procedure di riconoscimento di infermità da cause di servizio; così come nei ricorsi per la corresponsione di indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati.

[13] A tal fine, in relazione alla previsione di due capi dipartimento, incaricati ai sensi dell'articolo 19, comma 3, del d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, la dotazione organica dei dirigenti di primo livello del ruolo sanitario del Ministero, determinata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 luglio 1998, e' ridotta di due unità.

amministrazioni statali, da nominare ai sensi dell'articolo 19, comma 4, del d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29.

Così sinteticamente riassunta la non sempre coerente - rispetto alle linee fondanti del SSN - attuazione del quadro organizzativo, va sottolineata l'esigenza che tale problematicità vada superata attraverso una effettiva interazione delle diverse direzioni generali, pur facenti capo a dipartimenti diversi, attraverso adeguati moduli di raccordo e di collaborazione.

Nella descritta complessità del sistema, ed in particolare nella peculiarità di programmazione ed attuazione di politiche pubbliche che coinvolgono soggetti diversi e differenti livelli di governo (Stato, regioni, enti locali, aziende, con il crescente rilievo del c.d. terzo settore), ancora maggiore spessore riveste il circuito programmatorio all'interno dell'amministrazione, le cui scansioni, disegnate del d.lgs. n. 29/1993, non appaiono ancora compiutamente realizzate.

2. Programmazione e controllo nel Ministero: l'attuazione del disegno del d.lgs. n. 29/1993.

La riferita problematica fase di transizione al nuovo assetto - e più in generale i ritardi nella esplicazione e nel concreto effettivo dispiegarsi del complessivo disegno delineato dal d.lgs. n. 29/1993, ed in particolare del nuovo sistema di attribuzione degli incarichi alla dirigenza, ampiamente evidenziata, su di un piano più generale, dalla recente delibera della sezione del controllo n.13/01/G del 28 marzo 2001 - ha inciso fortemente sui processi di pianificazione e controllo all'interno dell'amministrazione. In tale contesto assume infatti particolare rilievo la coerenza degli incarichi con le linee programmatiche e le direttive dell'amministrazione, anche per le ricadute sui sistemi di selezione e valutazione della dirigenza.

In particolare la Sezione del controllo nella delibera n. 63 del 2000, pur ammettendo la astratta possibilità di deroga alla durata minima dei contratti della dirigenza, ha ribadito la necessaria priorità dell'interesse pubblico alla realizzazione del "buon andamento" costituzionalmente garantito e la conseguente adeguata esplicitazione delle ragioni che inducono l'Amministrazione ad innovare il precedente assetto distributivo degli incarichi, anticipandone la prestabilita conclusione. In altri termini, non può legittimarsi un avvicendamento solo in un'ottica di generalizzata applicazione del principio di rotazione, già previsto dall'art. 19 del d.lgs. n. 29/1993, per dare ingresso a pur fondate aspettative di singole professionalità.

La pronuncia - nella quale è stato ribadito il carattere prioritario dell'interesse pubblico sotteso al conferimento degli incarichi dirigenziali, retrocedendo valutazioni su specifiche professionalità soggettive, laddove non si innestino direttamente nelle esigenze di buon funzionamento dell'apparato - chiarisce nel complesso il significato da dare correttamente al termine di "privatizzazione" dei contratti della dirigenza.

Il non compiuto recepimento della stessa filosofia sottesa al nuovo sistema di bilancio e dei controlli, precisato dal d.lgs. n. 286/1999, evidenzia dunque per l'amministrazione un complesso di fattori da rimuovere adeguatamente.

La Corte aveva già segnalato il rilievo, nel nuovo sistema di riforma del bilancio e delle amministrazioni pubbliche, di una corretta attivazione del circuito programmatorio ed attuativo disegnato dagli articoli 3 e 14 del d.lgs. n. 29 del 1993, che evidenzia la distinzione tra funzioni di indirizzo, di determinazione degli obiettivi, dei programmi e delle priorità, nonché della conseguente verifica, proprie del vertice politico, e compiti gestionali attribuiti ai dirigenti. Tali principi, costantemente presenti nella legislazione recente, (ed in coerenza ai quali la legge di riforma del bilancio statale stabilisce una più marcata e diretta correlazione tra centri responsabili di spesa e risorse da individuare ed attribuire), sottende e privilegia una coerente costruzione delle previsioni di bilancio ed in particolare della impostazione della "nota preliminare" allo stato di previsione del b.l.v.

Per l'amministrazione si assiste invero ad una fase di transizione al nuovo: da un lato è da sottolineare positivamente nella nota preliminare - la cui corretta elaborazione appare essenziale nel

quadro di una fisiologica scansione tra programmazione strategica e di bilancio, pianificazione operativa, attuazione degli interventi, verifica dei risultati - del relativo stato di previsione del blv 2000, un netto miglioramento rispetto agli anni precedenti, consentendo un esame delle risultanze sulla base di tale sequenza programmatica, che costituisce il fulcro della riforma del bilancio statale.

Nel confronto con le scarne elaborazioni precedenti, il documento per il 2000, nella esplicita consapevolezza della complessiva evoluzione del sistema amministrativo e sanitario in particolare, illustra per ciascuno dei centri di responsabilità gli obiettivi prioritari previsti per l'esercizio di riferimento, correlando al quadro di riferimento delle linee generali d'azione per ciascuno di essi, più puntuali e specifiche indicazioni programmatiche. Queste, sia pure in genere suscettibili di ulteriore puntualizzazione, appaiono sufficientemente specificate e talora opportunamente accompagnate da elementi quantitativi di riferimento: si segnala, ad esempio, per il C.d.R. 9 vigilanza sugli enti la prevista riduzione, "*in misura pari almeno al 30% dei tempi effettivi di istruttoria dei progetti di ricerca e dei tempi relativi alla valutazione dei risultati*"; tali puntuali previsioni acquistano ulteriore positiva valenza se raffrontate ad una problematica, quella della ricerca, in ordine alla quale la Corte aveva in precedenza evidenziato ritardi e disfunzioni, con notevole accumulo di residui che, sia pure in dimensioni minori, continuano peraltro a persistere (vedasi par.3.3. e 3.4.).

Alle indicazioni programmatiche è accompagnata per ciascuno dei C.d.R., la indicazione delle risorse, distinte tra spese di funzionamento (personale e beni e servizi), per interventi, per investimenti. Nel processo di compiuto adeguamento al sistema delineato dalle leggi di riforma, un ulteriore necessario passaggio è rappresentato dalla disarticolazione delle risorse in coerenza con i diversi obiettivi perseguiti e dalla ricostruzione in termini di progetti e di programmi finanziati, con la indicazione dei relativi tempi di esecuzione.

In tale ottica vanno individuati gli indicatori di efficienza e di efficacia richiesti dalla norma per consentire la valutazione dei risultati e rendere compiuto il sistema delineato dalle recenti riforme amministrative e di bilancio. In tal senso si è avviato, anche su stimolo e sollecitazione della Corte, un confronto con l'amministrazione, procedendo, anche attraverso la elaborazione di primi indicatori, ad una rilettura delle risultanze dell'esercizio 2000, articolata proprio sulla base dell'analisi delle risorse impiegate in coerenza con i diversi obiettivi perseguiti ed il generale quadro programmatico di riferimento (par. 3.3.).

La funzione informativa del Parlamento, affidata alla nota preliminare - la cui compiuta articolazione compensa il sacrificio di analiticità dovuto al passaggio dal voto per capitoli a quello per unità di voto - richiede peraltro una evidenziazione delle ragioni alla base degli aumenti o delle diminuzioni di stanziamento rispetto alle previsioni assestate, soprattutto ove si assista a fenomeni di notevoli variazioni degli stanziamenti, come con riguardo al C.d.R. programmazione, al quale risultano attribuiti, nel blv 2000, 921,2 mld con un aumento rispetto alle previsioni assestate 1999 (703,6 mld; vedasi infra, par. 3.3), ulteriormente incrementati in sede di definitiva approvazione della legge di bilancio.

Alla comunque articolata elaborazione della nota preliminare per il 2000 non sono peraltro seguiti processi di consequenziale affinamento nella nota preliminare 2001 - che sostanzialmente riproduce l'impianto della precedente - né nella elaborazione della direttiva generale del ministro. di cui agli artt. 3 e 14 del d.lgs. n. 29/1993.

Questa è invero intervenuta ad esercizio ampiamente inoltrato (21 luglio 2000), limitandosi in genere ad una ripresa degli obiettivi già indicati nella nota preliminare. La gestione delle risorse nell'esercizio è avvenuta in base ad un provvedimento di mero riparto delle stesse, non assicurando la necessaria correlazione con gli obbiettivi da raggiungere, principio cardine del nuovo processo di bilancio. La motivazione alla base di detta discrasia è da rinvenire anche nella complessa attuazione del ruolo unico della dirigenza e nella conseguente non tempestiva conclusione dei contratti con la dirigenza.

Anche per il 2001 si assiste a tale discrasia, motivata, questa volta, con il percorso di attuazione del regolamento approvato con d.P.R. n.435/2000 e di formale individuazione dei nuovi C.d.R., il cui disegno è stato esplicitato nel precedente paragrafo.

Alla più generale problematicità del compiuto dispiegarsi del complessivo sistema delineato dal d.lgs. n. 29/1993 dovrebbe far fronte la direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 2000, nella quale sono stati indicati gli indirizzi per la formazione delle direttive generali sull'azione amministrativa (G.U. 26 gennaio 2000). Il documento individua le principali scansioni cui devono uniformarsi tali fondamentali atti, che devono comunque assicurare la coerenza ai generali documenti di programmazione, differenziando gli obiettivi, che, pur rientrando nell'attività "fisiologica" dei C.d.R., si connotino di peculiari profili consentendo linee di raffronto e/o di continuità con il precedente esercizio, con l'utilizzo di adeguati parametri di misurazione e valutazione.

E' necessario segnalare come alcuni obiettivi si inseriscono nella fase iniziale di un percorso il cui proseguimento passa attraverso rapporti di sinergia con altri ministeri, e soprattutto con il sistema delle Regioni e delle aziende sanitarie, ponendo così da un lato l'esigenza di una ricostruzione unitaria della attuazione delle misure programmatiche, delle quali un primo approccio, in particolare per quanto concerne i profili programmatici centrali, è nel cap. IX del vol. I, dall'altro l'esigenza di procedere ad una elaborazione ed un affinamento degli strumenti di misurazione (indicatori), in grado di offrire strumenti adeguati di verifica del raggiungimento degli obiettivi coinvolgenti il policentrico sistema della sanità. E' importante ricordare che una corretta valutazione deve tener presente sia tale complesso percorso, sia il contesto temporale, che viene frequentemente a travalicare la sola durata annuale.

Alle difficoltà programmatiche e di indirizzo si è sinora accompagnata una non piena operatività del servizio di controllo interno presso il Ministero[14], in ragione del lungo periodo di non completa costituzione dell'organo, come evidenziato dalla delibera della sezione del controllo 19 ottobre 2000, n. 99. I profili ivi rappresentati, che peraltro travalicano la sola amministrazione sanitaria, coinvolgono le modalità di nomina - ai sensi del comma 4, ovvero del comma 10 del d.lgs. n. 29/1993 - e la stessa configurazione prevista delle professionalità da espletare nell'organo di controllo interno, non riconducibili alle funzioni ispettive, di consulenza, studio e ricerca, che possono essere affidate alla dirigenza ai sensi del citato comma 10 del d.lgs. n. 29/1993. Tale più generale questione di corretta applicazione della norma, ha per altro verso, su sollecitazione della Corte, spinto l'Amministrazione ad effettuare una preventiva valutazione del fabbisogno ed un organigramma programmatico di siffatte funzioni dirigenziali, al fine di evitare generiche attuazioni della disposizione[15].

La specifica questione è stata risolta direttamente dal d.P.R. n. 435/2000, che stabilisce (art. 4, comma 4) che, sino all'emanazione del regolamento di cui all'articolo 14, comma 2, del d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modifiche e integrazioni, concernente la organizzazione degli uffici di diretta collaborazione del Ministro, alla direzione del servizio di controllo interno sia preposto un dirigente di prima fascia del ruolo unico della dirigenza delle amministrazioni statali, nominato ai sensi dell'articolo 19, comma 4, dello stesso d.lgs. n.

---

[14] L'attività del servizio si è estrinsecata nella predisposizione della proposta di direttiva generale per l'azione amministrativa e per la gestione per gli anni 1999 e 2000 e nella redazione della relazione al Ministro relativa agli stessi anni. Nella relazione relativa all' anno 1999 sono stati utilizzati anche strumenti di valutazione di tipo statistico, acquisendo dai centri di responsabilità le informazioni circa il grado di attuazione degli obiettivi, le professionalità coinvolte e le difficoltà riscontrate. Nella relazione per l'anno 2000, è stata acquisita, da parte dei centri di responsabilità una apposita scheda, elaborata anche su supporto informatico, delle informazioni circa la percentuale di attuazione di ciascun obiettivo, la relativa priorità assegnata, il numero degli uffici coinvolti, le risorse utilizzate e le difficoltà riscontrate. Il materiale del controllo interno costituisce dunque necessaria base di riferimento per l'attività di controllo esterno della Corte.

[15] Con d.m. 17 novembre 2000.

29/1993[16]. Tale provvedimento è intervenuto con il recente d.P.R. 216/2001, in base a cui il Servizio per il controllo interno svolge le funzioni di valutazione e di controllo strategico di cui all'articolo 6 del citato d.lgs.30 luglio 1999 n. 286.

Il Servizio redige, almeno annualmente, una relazione riservata all'organo di indirizzo politico sui risultati delle analisi effettuate, con eventuali proposte di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione. Il Servizio opera in collegamento con gli uffici di statistica di cui al d.lgs. 6 settembre 1989, n. 322, coordina la propria attività con il comitato tecnico-scientifico e con l'osservatorio costituiti presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 7 del d.lgs.30 luglio 1999, n. 286, nonché con le altre unità o strutture del controllo interno ai fini di cui alla lettera d) del comma 2 dell'articolo 1 dello stesso decreto legislativo. Esso, ai fini dello svolgimento dei propri compiti, ha accesso agli atti ed ai documenti che si trovano nella disponibilità dell'amministrazione[17].

3. La gestione finanziaria.

3.1 I principali indicatori finanziari.

Le assegnazioni complessive del Ministero sono state nel 2000 pari a 3.261, 7 mld, con un sensibile incremento non solo nei confronti degli esercizi precedenti (2.289,7 mld per il 1999; 1.929,4 mld nel 1998; 1.623 mld nel 1997), ma rispetto alla stessa indicazione in blv, che esponeva 2.554,2 mld, già del 33% maggiori rispetto al bilancio assestato 1999 (1.917,7 mld). Tale incremento non è solo rilevante in termini quantitativi, ma anche qualitativi, in quanto a fronte di una tradizionale composizione di prevalenza delle spese correnti rispetto a quelle in conto capitale, per il 2000 le previsioni complessive del Ministero mostrano un aumento considerevole di questa ultima voce (1.185 mld rispetto a 331,7 mld del 1999), in coerenza alle line programmatiche di riqualificazione dell'offerta sanitaria, con interventi consistenti anche nel settore edilizio, la cui attivazione è ampiamente illustrata nel vol. I di questa relazione.

Si segnalano al riguardo le risorse espressamente destinate alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria, con ben 900 mld in più rispetto al 1999 sul capitolo 7560 (UPB 5.2.1.3. Riqualificazione dell'assistenza sanitaria), nonché le risorse destinate alla realizzazione nelle regioni e province autonome di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti ed i loro familiari (cap.7580 UPB 5.2.1.5 – Edilizia sanitaria). Rilevano altresì le risorse destinate alla progettazione della tessera sanitaria del capitolo 7570 (U.P.B. 5.2.1.4.), con 50 mld di stanziamenti per il 2000.

A livello di indicatori finanziari generali, si evidenziano, con riguardo alla competenza dell'intero Ministero, impegni per 1.996,4 mld, (61 % della massa impegnabile) con 51,6 mld di economie (1,7%) e ben 1.213,8 mld (rispetto ai 395,2 dell'esercizio precedente) di residui di stanziamento, riconducibili all'accennato innesto di nuove competenze e risorse destinate agli investimenti. Aumenta dunque considerevolmente l'incidenza dei residui di stanziamento sugli stanziamenti definitivi competenza, con un + 137,6% per il Titolo II, con una punta del + 312,6 % per la categoria economica *investimenti fissi lordi ed acquisti di terreni*. Alla luce di ciò, pur tenendo conto della novità delle nuove competenze e della complessità dei percorsi programmatori degli investimenti nel sistema sanitario, non può non segnalarsi l'importanza di tali indicatori finanziari, per adottare le opportune misure di velocizzazione della spesa.

Sull'intera massa impegnabile, costituita (con 581,1 mld di residui di stanziamento derivanti dai precedenti esercizi) da 3.842,8 mld, risultano effettuati 2.078,6 mld di impegni totali, con un forte trend discendente nel rapporto (54% rispetto al 74,4% del 1999, all' 87,6% del 1998 ed al 95,8% del 1997). I residui di stanziamento al 31 dicembre 2000 sono pari a 1.712,6 mld.

---

[16] Vedasi D.P.C.M. 23 marzo 2001.

[17] Alla direzione del Servizio - cui è preposto un dirigente di prima fascia da nominare ai sensi dell'articolo 19, comma 4, del d.lgs. n. 29 del 1993 e che si articola in uffici di livello dirigenziale non generale in numero non superiore a cinque - è assegnato un apposito contingente di personale per un massimo di venti unità.

La massa spendibile complessiva ammonta a 4.772,8 mld, con autorizzazioni di cassa per 2.921 mld (61,2 % della massa spendibile). I pagamenti sulla competenza ascendono a 1.335,3 mld; quelli sulla intera massa spendibile a 1.969,5 mld (67% delle autorizzazioni di cassa e 41% della massa spendibile).

I residui totali per il Ministero a fine esercizio ammontano a ben 2.703,3 mld[18] (1.511,1 mld nel 1999), di cui 990,8 mld di residui propri. Risultano effettuati 614,2 mld di pagamenti su 1.511,1 mld di residui iniziali.

L'elevato ammontare dei residui è in larga parte da ricondurre alle nuove significative voci di spesa del Ministero destinate ad investimenti,[19] anche se si assiste ad un aumento dei residui di parte corrente; ciò deve indurre ad una riflessione sulla tempestiva traduzione operativa di alcuni obiettivi già stabiliti in documenti di programmazione della politica sanitaria, superando le difficoltà nella gestione dei trasferimenti di risorse tra centro e periferia per la realizzazione di specifici programmi locali. L'incremento dei residui è infatti pari al 78,9% per l'amministrazione, riferiti sostanzialmente al tit. II (+214,7%), anche se un lieve incremento si registra anche per le spese correnti (+2,2%). Per gli *investimenti fissi lordi ed acquisti di terreni,* l'incremento dei residui è pari al 45,7%, mentre per le categorie economiche raggruppate nei trasferimenti del Tit. II si assiste ad un incremento di ben il 257,8%. Se permane bassa per tali voci la velocità di smaltimento dei residui - che sale invece considerevolmente (+63%) per il tit. I - è peraltro da considerare positivamente la crescita della velocità di gestione della spesa con riguardo al rapporto tra pagamenti di competenza ed impegni di competenza, evidenziando un incremento del 62,5% per il Titolo II e del 68% per l'intera amministrazione. La specificità della problematica induce ad una analisi più dettagliata per singole voci di spesa nei successivi paragrafi, nell'incrocio tra la classificazione per nuove categorie economiche, centri di responsabilità e funzioni obiettivo, con riguardo specifico a talune più significative unità di voto e capitoli.

3.2. La classificazione per nuove categorie economiche.

E' da segnalare nel bilancio 2000 la introduzione della classificazione per (nuove) categorie economiche articolate per titoli (a seconda se spese correnti o in conto capitale) Tale classificazione è stata resa necessaria per consentire l'adeguamento allo schema del SEC 95 e per facilitare l' aggregazione delle risultanze contabili del bilancio statale e delle P.A. in genere, anche al fine di consentire una comparabilità tra consolidato della P.A. e contabilità economica nazionale. In base a tale classificazione le risorse del Ministero della sanità sono state così aggregate.

La categoria economica *redditi da lavoro dipendente,* con 212 mld di stanziamenti di competenza (a fronte dei 159,4 mld indicati nel blv), - cui concorrono 173 mld di retribuzioni lorde in danaro (126,6 di stipendi e ed oltre 41 mld di Fondo Unico di Amministrazione) - espone una massa impegnabile pari a 242,3 mld, sulla quale risultano 181,4 mld di impegni totali, con 16,6 mld

[18] I residui passivi al I° gennaio 2001, erano stimati dal blv in 1.772,2 mld (468,8 di parte corrente e 1303,4 in conto capitale) rispetto alla medesima previsione del precedente esercizio che assumeva a 537, 7 mld (442,9 di parte corrente e 130,8 in conto capitale) la stima dei residui al 1° gennaio 2000.

[19] Al riguardo è opportuno ricordare la disposizione di cui all'art. 3 della legge n. 94/1997 relativa alla valutazione, rimessa al Ministero del tesoro, dell'effettivo stato di attuazione dei programmi e dei progetti di investimento ai fini della costruzione delle successive previsioni di bilancio. Per i residui di stanziamento accumulatisi per il 2000 (15.831,3 mld di cui 5.256,1 derivanti da esercizi pregressi e 10.575,2 dalle disponibilità di competenza per il 2000) il Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del tesoro, ha adottato il D.P.C.M. 13 marzo 2001. Con tale provvedimento è stata determinata la percentuale di conservazione dei residui di stanziamento al 31 dicembre 1999, (81,5% rispetto al 70%, dei due esercizi precedenti), deliberando l'esclusione delle dotazioni riferite alla aree depresse, alla cooperazione allo sviluppo, all'esecuzione di accordi internazionali, al federalismo amministrativo, ai limiti di impegno, nonché ai provvedimenti legislativi pubblicati negli ultimi quattro mesi dell'anno 2000, nonché agli oneri di personale e d a quelli relativi al potenziamento delle forze di polizia. Per il Ministero della sanità su 1.637,1 mld considerati (467,5 mld da esercizi pregressi e 1.169,6 mld dalla competenza) si è proposto di eliminarne 327,4 mld con una richiesta dell'amministrazione, accolta, di conservazione di 1.636,9 mld.

di economie e 44,3 mld di residui di stanziamento. Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 253,5 mld, sono stati eseguiti pagamenti totali per 185,4 mld, con 51 mld di residui totali a fine esercizio.

Per la categoria economica *consumi intermedi*, con 252,8 mld di stanziamenti di competenza (a fronte dei 210,8 mld indicati nel blv), in larga parte riconducibili (245,1 mld) alla categoria economica 2.2 (Acquisto di servizi effettivi con 122,2 mld ascritti a "noleggi, locazioni e *leasing* operativo) espone una massa impegnabile pari a 254,8 mld, sulla quale risultano 218,6 mld di impegni totali, con 30,4 mld di economie e 5,8 mld di residui di stanziamento. Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 585,6 mld (per 332,9 mld di residui iniziali), con una autorizzazione di cassa di 385,6 mld sono stati eseguiti pagamenti totali per 204,5 mld, con ben 335,2 mld di residui totali a fine esercizio. Quantitativamente meno significativa è la categoria *imposte pagate sulla produzione,* con 9,8 mld nel blv e 10 di stanziamenti definitivi, impegnati per 7,7 mld e pagati per 7,4 mld, con 2,4 mld di economie.

Particolarmente significativa è la categoria economica 4 *trasferimenti correnti ad amministrazioni pubbliche,* che, con 1.097,8 mld di stanziamenti definitivi (erano 927 mld nel blv), evidenzia un rilevante ruolo del dicastero nel sistema del SSN. La composizione di tale aggregato, interamente impegnato nell'anno, è riferibile per 451,1 mld a trasferimenti alle amministrazioni centrali (415,6 agli enti di ricerca e 35,5 ad enti produttori di servizi assistenziali, ricreativi e culturali) e per 646,7 mld alla categoria economica 4.2 amministrazioni locali, con 68,4 mld destinati alle regioni e 578,3 mld ad enti produttori di servizi sanitari. Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 1.606,7 mld (per 508,9 mld di residui iniziali), con una autorizzazione di cassa di 1.384,2 mld sono stati eseguiti pagamenti totali per 1.107,6 mld, con ben 471,5 mld di residui totali a fine esercizio. Si tratta in buon parte dei residui per la ricerca, esposti nei par. 3.3 e 3.4.

Rilevante è anche la voce *trasferimenti correnti a famiglie ed istituzioni sociali private* comprensiva di due sottovoci: altre prestazioni, con 221,4 mld, e trasferimenti di assistenza sociale, con 218,3 mld, per un totale di 439,6 mld (rispetto ai 354,1 mld del blv), in larga parte impegnati (438,9 mld). Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 521,5 mld (per 81,7 mld di residui iniziali), con una a.c. di 441,2 mld, sono stati eseguiti pagamenti totali per 387,3 mld, con 128 mld di residui totali a fine esercizio. Marginale è il ruolo della categoria *trasferimenti correnti ad imprese*, con circa 2 mld, in larga parte impegnati e pagati nell'anno. Maggiormente significativa è la categoria economica *trasferimenti correnti a estero*, con 48,9 mld, anch'essi quasi interamente impegnati e pagati nell'anno. Analogo è l'andamento riferibile ai 13,4 mld ascritti alla categoria economica *altre uscite correnti.*

Le voci su descritte attengono al titolo I. Per il titolo II (spese in conto capitale) rilevano le seguenti voci nel bilancio del Ministero.

Per gli *investimenti fissi lordi ed acquisti di terreni*, con 51,5 mld nel blv, confermati nelle previsioni definitive, si aggiungono ben 111 mld di residui di stanziamento, con una massa impegnabile pari a 162,5 mld, dei quali risultano solo 1,2 mld impegnati sulla competenza. I residui di stanziamento sono dunque pari a 161 mld, comprensivi dei 111 iniziali e dei 50 prodottisi nella competenza. Analogo è l'andamento riferito alla gestione di cassa: sulla massa spendibile, pari a 162,5 mld (per 111 mld di residui iniziali), con una a.c. di 51 mld, sono stati eseguiti pagamenti totali per soli 413 milioni, con ben 161,7 mld di residui totali a fine esercizio.

L'altra categoria economica di maggiore consistenza per il Ministero, insieme alla già analizzata categoria economica *trasferimenti correnti ad amministrazioni pubbliche*, è quella denominata *contributi agli investimenti*, che, con 803,5 mld nel blv, portati a 1.133,5 mld nelle previsioni definitive, evidenzia con 406, 5 mld di residui iniziali una massa impegnabile pari a 1.540 mld, sulla quale risultano solo 69,9 mld di impegni totali (50 sui residui e 19,9 sulla competenza), con ben 1.470,1 mld si residui finali di stanziamento, Si tratta per la gran parte della categoria economica 22.2.1 (regioni), cui sono riferiti i contributi per la riqualificazione dell'offerta

sanitaria, sulla base dei programmi rappresentati nel vol. I. Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 1.567,9 mld (per 434,3 mld di residui iniziali), con una ben più ridotta autorizzazioni di cassa (376 mld) sono stati eseguiti pagamenti totali per soli 13,2 mld, con ben 1.554,7 mld di residui totali a fine esercizio, dei quali solo 84,6 propri.

3.3 La lettura delle risultanze contabili per Centri di Responsabilità nella sequenza b.l.v. - nota preliminare - direttiva - risultati.

Sulla base della sequenza programmatica delineata al par. 2, la Corte ha operato, in coerenza alla nuova impostazione di riforma delle amministrazioni pubbliche, una ricostruzione delle risultanze di bilancio correlate, per i centri di responsabilità del Ministero, agli obiettivi stabiliti in nota preliminare e ripresi nella direttiva.

L'analisi, condotta nella linea di confronto-collaborazione con l'Amministrazione[20] ha consentito di prospettare un necessario raccordo – sotteso al circuito disegnato dal d.lgs. n. 29/1993 e dalla legge di riforma del bilancio – tra previsioni e gestione delle risorse ed obiettivi scanditi nella sequenza b.l.v. - nota preliminare - direttiva. In tale linea sono stati anche avviati confronti per la utilizzazione di indicatori. Va naturalmente tenuto presente che taluni obiettivi sono propri ed esclusivi delle strutture ministeriali, mentre altri, che pur richiedono a monte atti di programmazione, e sovente erogazione di risorse ed incentivi, coinvolgono il complesso apparato degli enti del SSN. Si tratta, in ogni caso, dell'avvio di una analisi maggiormente coerente alla impostazione sottesa alle leggi di riforma del bilancio dello stato, e del compiuto dispiegarsi nella rete dei controlli, nelle linee accolte dalle SS.RR. in sede di programmazione del controllo sulla gestione (Delib n.3 e n. 4/2000), al quale potrà dare ulteriore seguito lo stesso controllo interno, recentemente ricomposto, nella totalità dei suoi componenti.

Programmazione sanitaria.

Per il C.d.R. si evidenziano stanziamenti definitivi di competenza pari a 1.423,9, che, uniti ai 467,5 mld di residui di stanziamento, elevano la massa impegnabile a 1.891,4 mld. A fronte di tali risorse risultano solo 300,8 mld di impegni (21,1% della massa impegnabile) con 1.586 mld di residui di stanziamento. Tale andamento si ripercuote anche sulla gestione di cassa, dove l'elevato incremento della massa dei residui iniziali (+184% rispetto al precedente esercizio), pari a 683,3 mld, eleva la massa spendibile a complessivi 2.107 mld. Su quest'ultima risultano, con una autorizzazione di cassa per 675 mld, pagamenti per 147,7 mld (21,8% sulla autorizzazioni di cassa e 7% sulla massa spendibile). Ciò determina conseguenze negative sull'aumento dei residui totali, che risultano a fine esercizio pari a 1.940,7 mld.

L'area di interventi rimessa al C.d.R. è di carattere strategico non solo all'interno del Ministero, ma dell'intero SSN: in tal senso ne è fedele rappresentazione l'articolazione degli obiettivi indicati nella nota preliminare e nella direttiva e che ricalcano l'attività dell'amministrazione centrale per far fronte alle principali problematiche del settore, ampiamente rappresentate nel vol. I di questa relazione. Ad alcuni di questi obiettivi sono direttamente collegate risorse finanziarie, per altri si tratta di necessari adempimenti propedeutici alla adozione di iniziative che richiedono il concorso di diversi organismi nel complesso assetto del SSN. Si tratta in primo luogo, della evidenziata carenza del sistema informativo, della cui maggior attenzione a livello di conferenza Stato-Regioni si è ampiamente trattato[21].

Con riguardo a tali problematiche si segnala che era evidenziato in direttiva l'obiettivo di *"Curare il monitoraggio dell'attività della Soc. Finsiel, creando i presupposti perché l'amministrazione potesse procedere sulla base di chiari elementi conoscitivi alla individuazione di un fornitore in grado di assicurare, in occasione della stipula del nuovo*

[20] Vedasi nota Ministero della sanità del 1 giugno 2001.

[21] Vedasi cap dedicato ai ministeri per le Politiche sociali.

contratto, a seguito di gara comunitaria, servizi di livello superiore a quelli finora ottenuti e provvedere – nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali – alla stipula di un contratto temporaneo a trattativa privata con la soc. Finsiel". Anche nella nota preliminare per il 2001 si evidenzia il rilievo di tale obiettivo (il solo diverso rispetto a quelli già individuati in nota e direttiva 2000, che risultano confermati) consistente nell'individuare il fabbisogno informativo del SIS e informativo/informatico dell'amministrazione ai fini della predisposizione delle procedure di gara per la stipula di un nuovo contratto di conduzione.

In tale contesto, appare opportuno segnalare l'andamento gestionale riguardante il capitolo 2750, che vede 102,4 mld di stanziamenti definitivi, con pari massa impegnabile, sulla quale risultano impegni per 99,6 mld. I consistenti residui iniziali hanno contribuito ad elevare la massa spendibile a 246,8 mld, sulla quale risultano 103,5 mld di pagamenti e 138,8 mld di residui (75 mld di competenza e 63,8 in conto residui)[22].

Il Dipartimento, dopo aver predisposto gli atti contrattuali, funzionali anche all'acquisizione del parere da parte dell'Autorità per l'Informatica nella pubblica amministrazione, ha stipulato il contratto temporaneo di appalto con la società Finsiel per il "completamento dello sviluppo e l'esercizio del sistema informativo sanitario"[23]. La Corte si riserva su tali problematiche, ulteriori e più approfondite valutazioni nella sede dello specifico referto sull'informatica nella P.A.

Le altre grandi aree di intervento nel SSN rilevanti anche sotto il profilo finanziario, sono rappresentate dalla riqualificazione dell'assistenza sanitaria e dalle politiche di investimenti, evidenziate nel vol. I.

In materia erano indicati gli obiettivi di sviluppare e monitorare gli investimenti del servizio sanitario nazionale, con particolare riguardo ai centri per le cure palliative ed al piano per i grandi centri urbani ed al programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67 del 1988. Relativamente all'obiettivo "rafforzare la tutela dei soggetti deboli" è stato emanato, con DPCM 20 gennaio 2000, l'"Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative". Per l'obiettivo "Portare la sanità italiana in Europa" la Commissione appositamente costituita, ha lavorato sui temi relativi alla predisposizione di progetti da realizzare a livello delle grandi aree urbane, nell'ambito degli obiettivi di carattere generale previsti dall'art. 71 della legge n. 448/1998 (innovazione tecnologica "Grandi città"). Detta Commissione ha concluso i suoi lavori nel dicembre 2000.

Per la prima finalità (riqualificazione dell'assistenza sanitaria) è presente in bilancio l'unico capitolo 7560, con stanziamenti definitivi di competenza pari a 1000 mld, che uniti ai 100 mld di residui di stanziamento elevano la massa impegnabile a 1.100 mld, con 15 mld di impegni, di cui 12,7 mld pagati e con la formazione di 1.087,3 mld di residui a fine esercizio[24]., dei quali 1.085 di stanziamento. Per l'unità di voto edilizia sanitaria di cui al capitolo 7580, si registrano stanziamenti definitivi di competenza pari a 83,5 mld, che, uniti ai 256 mld di residui

---

[22] Nel corso dell'anno 2000 il Dipartimento, in collaborazione con la Società di monitoraggio aggiudicataria della gara di appalto, ha svolto le seguenti attività propedeutiche alla predisposizione del contratto temporaneo di appalto con la società Finsiel: analisi del contratto attuale al fine di effettuare un censimento dei servizi svolti dal fornitore nell'ambito della conduzione del sistema informativo e verificarne l'opportunità strategica di ridistribuirli su uno o più outsourcer; la valutazione quantitativa del patrimonio relativo all'assetto informativo ed informatico dell'attuale Sistema Informativo Sanitario benchmarking dei servizi informatici nel sistema attualmente in uso ai fini di effettuare un'analisi dei costi, anche su base propedeutica, rispetto alle stime di mercato; esame della soddisfazione degli utenti del Sistema informativo sanitario al fine di trarre indicazioni per la ridefinizione dei livelli di servizio.

[23] Per migliorare il Sistema Informativo sanitario, il Dipartimento della programmazione ha intrapreso, in collaborazione con altri Dipartimenti e servizi, una serie di azioni: sviluppare sistemi orientati al risultato finale del SSN; potenziare i sistemi informativi a livello locale e sviluppare connessioni di rete; sviluppare le azioni di cooperazione internazionale in materia di tutela sanitaria, integrare i diversi sistemi informativi sanitari fra loro e con i sistemi informativi della pubblica amministrazione, nonché migliorare i protocolli di raccolta e di elaborazione dati.

[24] Si segnala per l'unità di voto l'aumento di +300 mld sul blv, mentre sono introdotte riduzioni per 400 mld sulle autorizzazioni di casa di rispetto ai 700 autorizzati dalla legge di bilancio.

di stanziamento elevano la massa impegnabile a 340 mld, con la formazione di 340 mld di residui di stanziamento a fine esercizio.

Con riferimento all'obiettivo n. 9 della direttiva (assente nella nota preliminare 2000) di predisporre il paino sanitario nazionale per il triennio 2001-2003, si rileva che il provvedimento è stato approvato in via preliminare in data 7 febbraio 2001 dal Consiglio dei ministri[25].

Tra gli obiettivi assegnati al C.d.R. figura il compito di coordinare gli adempimenti previsti dal piano sanitario nazionale e predisporre, per gli aspetti di competenza, i provvedimenti di attuazione del d.lgs. n. 229 del 1999, nonché quelli in materia di federalismo fiscale. Si è, al riguardo elaborato uno specifico schema di decreto (ex art. 9 del d.lgs. n. 56/2000) in materia di indicatori e sistemi di garanzie, tenendo conto di quanto già previsto dalle disposizioni sul patto di stabilità interno. Lo schema stesso è stato trasmesso al Ministero del tesoro, bilancio e p.e. per il concerto.

Come previsto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, il Dipartimento, in collegamento con altri Dipartimento e servizi, e con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ha predisposto l'attività propedeutica e di base per il raggiungimento dei progetti-obiettivo, delle linee-guida e dei provvedimenti normativi volti al conseguimento degli obiettivi fissati nel piano stesso. Per quanto riguarda i progetti obiettivo, limitatamente all'anno 2000, si segnalano il progetto obiettivo AIDS (D.M. 8 marzo 2000); il progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario (D.M. 21 aprile 2000); il progetto obiettivo materno-infantile (D.M. 24 aprile 2000)[26].

Con riguardo agli obiettivi di provvedere alla revisione delle tariffe (indicato solo nella nota preliminare) e di coordinare le attività connesse alla definizione e all'aggiornamento dei sistemi di classificazione e di remunerazione delle prestazioni sanitarie (così nella direttiva 2000 del Ministro) gli adempimenti appaiono parziali, essendo relativi soprattutto alla attività di assistenza protesica ed alla riabilitazione[27]. Nel corso del 2000 è stato effettuata una verifica delle normative regionali in tema di tariffe[28].

Con riguardo agli obiettivi di dare maggiore impulso all'attività di monitoraggio delle prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere attraverso lo studio e la verifica delle SDO e degli indicatori di qualità ed efficienza, l'attività principale, rivolta allo studio, analisi e verifica delle SDO e degli indicatori si è concretizzata con il "Rapporto annuale attività di ricovero

---

[25] Il ritardo è solo in minima parte riconducibile al mancato rispetto, da parte delle Regioni, del termine previsto dall'art. 1, c. 5, del decreto legislativo 502/1992 per la presentazione delle proposte regionali, che sono prevenute a settembre, anziché nel mese di luglio.

[26] L'amministrazione informa che sono in corso di elaborazione i progetti-obiettivo sulle tossicodipendenze e sulla salute degli immigrati. Il progetto obiettivo anziani è all'esame della Conferenza Stato-Regioni. E' stato inoltre, definito il Piano nazionale sangue e plasma 1999-2000 (d.m. 1 marzo 2000) ed è all'esame della Conferenza Stato-Regioni il piano oncologico nazionale. E' stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione della partecipazione al costo delle relative prestazioni.

[27] E' stata istituita con D.M. 19 aprile 2000 la "Commissione di studio, consulenza e proposta per la revisione delle prestazioni di assistenza protesica di cui al D.M. n. 332/1999". Tale Commissione è stata successivamente modificata ed integrata con la designazione di ulteriori membri. I lavori, al fine di ottimizzarne i risultati, sono stati organizzati in tre specifiche sottocommissioni: prescrizione e procedure – innovazione tecnologica – riciclo dei dispositivi. E' stata, altresì, svolta una intensa attività di interazione con le Regioni, le Aziende USL, il mondo della produzione, della fornitura e delle Associazioni di tutela di specifiche patologie, al fine di costruire un osservatorio delle criticità applicative del Decreto 339/1999. In ordine alle attività di riabilitazione attraverso il nucleo SAR è stato attivato il progetto "Riabilitazione" E' stato elaborato e predisposto un questionario per la rilevazione delle strutture, dei servizi di riabilitazione e delle attività da esse erogate in regime residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale. Tale questionario ha costituito la base d'indagine presso le singole Regioni ed è in corso l'elaborazione delle risposte raccolte.

[28] Con D.M. 22 giugno 2000 è stato istituito uno specifico gruppo tecnico. Nel novembre del 2000 è stata, inoltre, completata dal centro di Ricerca per l'Economia l'organizzazione e l'amministrazione della Sanità /CRESA) di Torino, la ricerca, finanziata daL Ministero, "La remunerazione delle funzioni assistenziali. Criteri generali per l'individuazione e la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione".

ospedaliero" reso nel febbraio 2001. Nell'intento di migliorare l'allineamento della base dati si è proceduto all'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati con D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000.

Con riguardo agli obiettivi di "Portare a compimento i meccanismi sanzionatori previsti dalla normativa in vigore nei confronti delle Regioni inadempienti" e "di curare gli adempimenti connessi all'attuazione del patto di stabilità ed all'applicazione dei meccanismi sanzionatori previsti dalla normativa in vigore nei confronti delle regioni inadempienti" vanno segnalate le novità istituzionali intervenute con l'accordo del 3 agosto 2000 tra il governo e le regioni, che hanno di fatto reso non più attuale l'obiettivo così come formulato.

Con riferimento all'obiettivo n. 6 (elaborare un programma nazionale per le liste di attesa è stato costituito presso il Dipartimento un apposito "gruppo tecnico" che ha curato le attività connesse alla definizione del programma nazionale[29].

Un altro obiettivo strategico (n. 7) indicato in fase programmatica era quello di elaborare, in collegamento con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e l'Istituto superiore di sanità, linee-guida sui percorsi diagnostici e terapeutici e sui livelli uniformi e appropriati di assistenza. In ordine a tali centrali problematiche, che sono state più volte evidenziate dalla Corte, condizionanti sia la qualità dell'assistenza che la complessiva coerenza finanziaria, pur prendendo atto di una maggiore attenzione nelle sedi politiche e tecniche, non si registrano ancora soddisfacenti soluzioni.

Un ulteriore obiettivo contenuto nella nota preliminare e ripreso in direttiva (obiettivo n. 8) era costituito dal compito per il C.d.R. di curare lo studio, la progettazione e l'avvio della fase sperimentale della carta sanitaria e l'avvio del sanitometro. Si deve al riguardo evidenziare che le risorse destinate alla tessera sanitaria di cui al capitolo 7570 sono state destinate, con l'articolo 92 comma 10 della finanziaria per il 2001 alla predisposizione della carta di identità elettronica[30].

Assistenza sanitaria di competenza statale.

Nella nota preliminare al blv, per il C.d.R. Assistenza sanitaria di competenza statale risultavano attribuiti 384,6 mld, aumentati in legge di bilancio a 429,5 mld rinvenendosi i maggiori stanziamenti nelle assegnazioni dell'unità di voto per l'assistenza sanitaria agli stranieri e al personale navigante (da 50,5 a 70,5 mld) e dell'unità di voto assistenza sanitaria italiani all'estero (da 203 a 228 mld). Peraltro la legge di assestamento di bilancio 317/2000 riduce complessivamente di circa 85 mld gli stanziamenti relativamente alle unità di voto assistenza sanitaria stranieri in Italia (- 20 mld) e assistenza sanitaria italiani all'estero (-65 mld), mentre in corso di esercizio sono intervenuti tre decreti del Ministro del tesoro che hanno invece elevato le risorse destinate all'indennizzo delle vittime di trattamenti da emoderivati (cap. 1586), per complessivi 120,8 mld.

In conseguenza delle variazioni citate le previsioni definitive di competenza sono risultate pari a 482,7 mld; dall'analisi della gestione finanziaria si evidenzia per il C.d.R. una massa impegnabile di 514 mld, con impegni pari a 476,1 mld (93% della massa impegnabile); a causa

---

[29] L'apposito "gruppo tecnico", costituito presso il dipartimento, ha curato tutte le attività connesse alla definizione del programma nazionale per le liste d'attesa, alla cui conclusione il Dipartimento ha organizzato la "1^ Giornata Nazionale di studio", hanno partecipato sia le Regioni sia l'ASSR, che si è tenuta il giorno 30.11.00 a Roma presso l'Auditorium del Ministero della sanità.

[30] Con riferimento all'obiettivo n. 10 (contenuto nella direttiva 2000 ed assente nella nota preliminare 2000) di predisporre, sviluppando anche adeguati strumenti informativi, gli indirizzi applicativi in materia di disposizioni sulle malattie rare, l'amministrazione informa che il testo del regolamento di situazione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione della partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie è stato predisposto nel corso dell'anno 2000, ma non ha completato il suo iter per la ritardata inclusione del provvedimento nella calendarizzazione dei lavori della Conferenza Stato-Regioni, che ha preso in esame e approvato lo schema regolamentare il 1 febbraio 2001.

di un incremento del 34,4% dei residui iniziali (complessivamente 109,7 mld), la massa spendibile con i 482,7 mld di competenza si è elevata a 592,5 mld, le autorizzazioni di cassa sono state pari a 498,5 mld ed i pagamenti totali a 432,9 mld (73,1% sulla massa spendibile e 86,8; sulle autorizzazioni di cassa). I residui totali a fine esercizio ammontano a 143 mld con un aumento del 34,6% rispetto al precedente anno. L'accumulo di una quota di residui cosi cospicua (24% della massa spendibile) deve essere in parte ricondotta alla gestione dei capitoli 1586 di cui si dirà di seguito e 1620 (assistenza sanitaria all'estero), quest' ultimo con 22 mld circa di residui in conto competenza.

Al riguardo, per l'unità di voto denominata indennizzo alle vittime di trattamenti emoderivati (con il relativo capitolo unico 1586) si registra su un totale di 221,4 mld di stanziamenti (erano 100,6 mld in legge di bilancio con pari autorizzazioni di cassa) ed una massa impegnabile pari a 252,7 mld, circa 220 mld di impegni lordi (tutti in conto competenza); sulla massa spendibile di mld 273,1 mld, risultano pagamenti totali per circa 175,7 mld

Nella nota preliminare al bilancio per il 2001, per il C.d.R. nel complesso, gli stanziamenti di competenza si assestano a 241,7 mld (sono 252,2 nella legge di bilancio); si segnala a riguardo dell'unità di voto *indennizzi alle vittime di trattamenti da emoderivati*, di cui al capitolo unico 1586 che le risorse di competenza per il capitolo (mantenuto in bilancio), pari a 136,4 mld, sono state trasportate all'apposito fondo costituito nello stato di previsione del Ministero tesoro per l'attuazione del federalismo amministrativo.

Con riguardo all'obiettivo indicato nella nota preliminare al bilancio, della *"soluzione definitiva, anche con la necessarie proposte di carattere normativo, delle questioni afferenti alla corresponsione dell'indirizzo previsto dalla legge n. 210 del 1992 e successive modifiche e integrazioni"*, l'amministrazione informa di avere liquidato circa 2000 pratiche di indennizzo e di aver effettuato circa 14.000 notifiche di giudizi delle commissioni mediche ospedaliere.

Tra gli altri obiettivi che assumono sicuro rilievo e che vengono ulteriormente ribaditi nella direttiva del ministro vi sono gli adempimenti connessi alla nuova normativa in materia di trapianti (legge n. 91 del 1999) il *"collegamento con l' I.S.S. anche attraverso l'istituzione di un gruppo interdipartimentale, che preveda i necessari apporti del Dipartimento della programmazione e del Servizio studi e documentazione"*. Risultano al riguardo emanati il D.M. 8 aprile 2000 contenente disposizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto ed il D.M. 12 aprile 2000 per la istituzione di borse di studio per la formazione di personale alle attività di prelievo e di trapianto. Al riguardo è da rilevare che con legge di assestamento viene introdotta una specifica unità di voto (2.1.2.7. assistenza sanitaria in materia di trapianti), che dal punto di vista gestionale presenta l'unico capitolo, che viene individuato in attuazione della normativa, con 6,9 mld di stanziamenti e pari impegni totali, mentre sulla massa spendibile di 13,8 mld i pagamenti totali sono stati di 6,9 mld (tutti sulla competenza), con la conseguente formazione di 6,9 mld di residui a fine esercizio.

In relazione all'obiettivo di effettuare adempimenti di attuazione della legge n. 42 del 1999 sono stati emanati 22 decreti di concerto con il MURST per la ricognizione dei titoli professionali sanitari equipollenti ai diplomi universitari di cui all'art. 6, comma 3 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Con riguardo all'obiettivo della *"Attuazione delle norme in materia di formazione del personale del Servizio sanitario nazionale, secondo quanto previsto dalla legge n. 419 del 1998 e dal decreto di attuazione della relativa delega"*, con D.M. 5 luglio 2000 è stata costituita la commissione nazionale per la formazione continua, con il compito di definire i crediti formativi che devono essere maturati dagli operatori in un determinato periodo di tempo, definendo i requisiti per l'accreditamento di soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative.

In relazione all'obiettivo di *"Curare, per quanto di competenza, l'organizzazione sanitaria necessaria a fronteggiare le straordinarie urgenze di carattere sanitario connesse*

all'anno 2000", sono state promosse diverse iniziative tra le quali, quelle relative all'attivazione delle radiofrequenze necessarie per le esigenze della centrale operativa 118.

Un ulteriore obiettivo era di *"Intraprendere le iniziative necessarie per la costituzione e l'avvio del previsto centro nazionale di coordinamento e compensazione, per il raggiungimento dell'obiettivo della autosufficienza nazionale dei sangue. Al riguardo* non è stata tradotto in legge il disegno che prevedeva l'istituzione di una apposita struttura per l'autosufficienza nazionale del sangue.Viene introdotto con la direttiva l'obiettivo di adempiere, per la parte di competenza, all'attuazione del d.lgs. n. 517 del 1999, concernente la disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università (solo di recente esaminata dalla Conferenza Stato-regioni).

Prevenzione sanitaria.

Per la Prevenzione sanitaria il blv prevedeva circa 62,8 mld di stanziamenti di competenza, ridotti a 62,1 della legge di bilancio. Per il C.d.R. si registrano previsioni definitive di competenza pari a 73,6 mld, che, uniti a 2 mld di residui di stanziamento elevano la massa impegnabile a 75,6 mld, con impegni totali per 66,7 mld. Sulla massa spendibile, pari a 142,8 mld, dati 69,2 mld di residui iniziali (da segnalare un decremento rispetto al precedente esercizio dei residui pari al 7%), risultano autorizzazioni di cassa per 97,2 mld e pagamenti totali per 75,7 mld (78% sulle autorizzazioni di cassa e 53% sulla massa spendibile). I residui ammontano a 64,1 mld, in gran parte riconducibili ai capitoli 1686 (36,3 mld), 1800 (18 mld), e 2087 (5 mld).

A fronte degli obiettivi assegnati in nota preliminare al C.d.R. e confermati dalla direttiva del Ministro[31], si riscontrano i seguenti risultati. In relazione all'obiettivo di *"Elaborare, con l'apporto della commissione oncologica nazionale un piano organico in materia oncologica, dalla prevenzione alla assistenza dei malati terminali"* risulta redatto il piano oncologico nazionale. In relazione all'obiettivo di *"Pianificare gli interventi di carattere preventivo per far fronte anche attraverso gli uffici periferici alle straordinarie esigenze di carattere sanitario connesse al Giubileo dell'anno 2000, nonché alle necessità connesse alla migrazione delle popolazioni balcaniche"* sono stata effettuate assunzioni ai sensi della legge n. 493 del 1999 ed è stato redatto un documento contenente le linee guida degli interventi di sanità transfrontaliera connessi all'immigrazione. In relazione all'obiettivo di *"Curare l'approfondimento delle tematiche relative alla prevenzione delle principali patologie individuate dal PSN, con l'elaborazione di progetti specifici di settore (progetto cuore, progetto sulle malattie neurodegenerative, ecc.)"* sono state attivate apposite commissioni aventi competenza in materia.

I documenti programmatici individuano l'obiettivo di *"Portare a completamento, in modo coerente e organico, il nuovo piano vaccinazioni, e gli adempimenti correlati"* al riguardo l'amministrazione segnala di avere effettuato gli adempimenti di competenza, tenendo conto del ruolo delle regioni nella realizzazione del Piano nazionale Vaccini.

Di notevole rilievo sociale è l'obiettivo di completare gli interventi finalizzati al superamento degli ospedali psichiatrici, per il quale è stata predisposta dall'amministrazione una specifica relazione al Parlamento.

In relazione all'obiettivo di *"Individuare le soluzioni tecniche idonee per le questioni attinenti ai possibili danni derivanti da campi elettromagnetici e ai rischi connessi all'uso dell'amianto, a tal fine coordinandosi con l'Istituto superiore di sanità e con l'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza sul lavoro"*, è stato costituito nel 2000 un apposito gruppo di lavoro. In relazione all'obiettivo di *"Predisporre 'linee guida per la riduzione del danno' in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 1, comma 9, della legge n. 45 del 1999, d'intesa*

[31] Nessuna differenza si ravvisa tra gli obiettivi per l'esercizio 2000 e quelli individuati per il 2001, che rimangono uguali.

con il Ministero per la solidarietà sociale" sono state effettuate attività propedeutiche, senza peraltro ancora accedere alla conferenza Stato-Regioni. E'invece giunto a compimento con d.P.R. 8 maggio 2000 n. 174, l'iter relativo alla predisposizione di un progetto finalizzato "obiettivo AIDS 2001/2003". In proposito si segnala che l'unità di voto programma anti AIDS con unico capitolo (1800) vede stanziamenti definitivi pari a 12,4 mld, interamente impegnati. Sulla massa spendibile di 39,2 mld (erano presenti residui per 26,7 mld), risultano 21,1 mld di pagamenti mentre i residui si assestano a 18 mld (9 mld in conto residui e 8,7 mld in conto competenza).

Alimenti nutrizione e sanità pubblica veterinaria.

Le risorse assegnate al C.d.R. nel disegno di legge di bilancio ammontavano a 42,9 mld, mentre in legge di bilancio sono iscritte risorse per 52,9 mld, per il maggior stanziamento di circa 10 mld sul capitolo 2616 (spese relative alla banca dati per la registrazione degli animali), che passa da 1 a 11 mld. La legge di assestamento di bilancio compensa complessivamente tali maggiori assegnazioni riducendo di 10 mld le risorse assegnate alla medesima unità di voto.

Anche per effetto di due decreti del ministro del Tesoro intervenuti in corso di esercizio, che hanno assegnato risorse ai capitoli relativi all'attività di ricerca degli IZS, sia finalizzata che corrente (rispettivamente 26 mld e 2 mld che non erano presenti in legge di bilancio), gli stanziamenti definitivi di competenza per il C.d.R. sono risultati pari a 79,4 mld, coincidenti con la massa impegnabile, sulla quale risultano impegni per 74,3 mld. Con un incremento (+5%) rispetto all'esercizio precedente, la massa di residui iniziali è pari a 56,2 mld, contribuendo ad elevare la massa spendibile a 135,5 mld ; le autorizzazioni di cassa sono pari a 95,5 mld e i pagamenti totali a 59,8 mld (62,6% delle autorizzazioni di cassa e solo il 44,1% della massa spendibile), con 59,3 mld di residui totali finali.

Va premesso che la riforma legislativa *degli Istituti zootecnici sperimentali* non è intervenuta nella legislatura appena conclusa: tra gli obiettivi, individuati sia in nota preliminare che in direttiva vi era la *"Individuazione di soluzioni tecniche, anche provvisorie, per migliorare la conduzione ed il controllo sugli stessi in vista della riforma legislativa"*.

In ordine alla *"Programmazione e conseguente attuazione degli adempimenti connessi all'attuazione della normativa europea sui prodotti fitosanitari"* l'amministrazione comunica un intensa attività, tradottasi in 1.140 decreti di autorizzazione relativi alla registrazione, variazione e commercializzazione di tali prodotti, oltre a direttive ed ispezioni (3) a stabilimenti di produzione.

Gli altri obiettivi individuati sia in nota preliminare che in direttiva concernevano la *"messa a punto di una strategia di educazione alimentare e nutrizionale; la elaborazione, attraverso la commissione dietetici, di linee guida per il trattamento uniforme sul territorio nazionale delle principali patologie correlate all'alimentazione; la definitiva idonea soluzione della questione dell'anagrafe dei bovini e, in prospettiva, delle altre specie animali di interesse zootecnico"*.

Con riguardo all'obiettivo indicato nella sola direttiva di *"predisporre un piano di monitoraggio sull'entità dei flussi di importazione dei prodotti vegetali geneticamente modificati"*, nonché sul reale uso a cui gli stessi vengono destinati relativamente alla preparazione di alimenti, prosegue il monitoraggio sui flussi importativi della catena alimentare dei prodotti derivati dal mais e dalla soia, geneticamente modificati, provenienti da taluni Paesi esteri[32].

[32] Con riguardo all'obiettivo di "*Definire, ferme restando le norme comunitarie in materia, controlli coerenti alla tutela della salute pubblica per la produzione dei prodotti agricoli a coltura biologica*" l'amministrazione informa di aver avviato un piano di controllo.

Valutazione medicinali e farmacovigilanza.

Il C.d.R. presentava in blv 115,2 mld di stanziamenti di competenza, confermati in legge di bilancio. Sui 121,9 mld di stanziamenti definitivi di competenza, con pari massa impegnabile, risultano 100,5 mld di impegni totali (82,4%), mentre per la incidenza dei residui iniziali, pari a 91,6 mld, incrementati rispetto all'esercizio precedente (+28,5%), la massa spendibile risulta di 213,6 mld. Sulla stessa, con 173,8 mld di autorizzazioni di cassa (81,3% della massa spendibile), risultano 74,3 mld di pagamenti totali (42,7% delle autorizzazioni di cassa e 34,8% della massa spendibile), con 117,8 mld di residui totali finali.

Gli obiettivi individuati in nota preliminare 2000 e direttiva erano di *"Assicurare uno stabile, organico e proficuo collegamento delle attività del Dipartimento con quelle svolte dall'EMEA"; "Migliorare il sistema di farmacovigilanza basato su interconnessioni di banche dati, nel rispetto della normativa vigente"; "Assicurare la effettiva costituzione e l'operatività dell'osservatorio sull'impiego di medicinali previsto dalla legge n. 448 del 1998, anche avvalendosi della commissione per la spesa farmaceutica*[33]*"; "Assicurare la riduzione dei tempi di attesa per l'effettiva commercializzazione dei medicinali autorizzati dall'EMEA o secondo la procedura di mutuo riconoscimento"; "Assicurare la progressiva riduzione dell'entità del contenzioso connesso ai ritardi di definizione delle procedure autorizzative"; "Elaborare, con le modalità previste dalla legge protocolli specifici per le prove sperimentali concernenti medicinali omeopatici soggetti ad autorizzazione con procedura non semplificata".*

Risultano solo dalla direttiva i seguenti obiettivi: *"Coordinare le attività dei comitati etici locali e curare gli aspetti relativi alla formazione dei membri dei comitati stessi"; "Attivare e sviluppare il Registro nazionale dei comitati etici locali e delle sperimentazioni cliniche"; "Attivare e sviluppare un ruolo attivo dell'Italia nell'ambito degli accordi europei di mutuo riconoscimento per quanto attiene alle procedure autorizzative ed ispettive inerenti le pratiche di GMP e GCP".* Va segnalato che nella nota preliminare per il 2001 gli obiettivi restano identici, mentre il blv e la legge di bilancio per il 2001 mantengono inalterate le risorse, sempre pari a 115 mld.

In relazione alla attività svolta con riguardo a ciascuno degli indicati obiettivi, l'amministrazione ha operato una rilevazione sullo stato di attuazione, esprimendo anche una valutazione in termini percentuali ed esplicitando le risorse umane, tecnologiche ed economiche utilizzate, le difficoltà incontrate, con speciale riguardo a quelle informatiche, economiche e logistiche. La base informativa acquisita, che peraltro sembra concentrarsi in misura maggiore sui fabbisogni, anche formativi, di personale adeguatamente specializzato, costituirà materia di approfondimento nella sede del controllo interno di gestione[34].

Organizzazione bilancio e personale.

Il C.d.R. presenta in blv stanziamenti di competenza pari a 920 mld (con una variazione rispetto alle previsioni in blv del precedente esercizio che esponeva 844 mld), mentre in legge di bilancio le previsioni passano a 960 mld (l'aumento è in gran parte dovuto all'incremento degli stanziamenti della unità di voto *ricerca scientifica* con +39,5 mld). La legge di assestamento, non determina effetti particolari sulle disponibilità in competenza, ma incide sulla gestione di cassa, con un aumento complessivo, pari a 76 mld, dei quali 41 mld e 30 mld riguardanti rispettivamente l'ISS e l'ISPELS.

---

[33] Il capitolo con le risorse assegnate a tale obiettivo presenta stanziamenti per 10 miliardi e pari massa impegnabile sulla quale risultano 6,2 mld di impegni, mentre sulla massa spendibile di 10 mld risultano 0,8 mld di pagamenti e 6,2 mld di residui.

[34] Va considerato, sul piano organizzativo, che la struttura resta inalterata, mantenendo tutti gli uffici all'ex dipartimento ed assumendo la nuova denominazione di direzione generale dei medicinali e farmacovigilanza.