I fondi in Italia. Dati si sintesi (Fonte Covip)

(Importi in milioni di euro)

Fondi pensione di nuova istituzione	*Fondi pensione*			*Iscritti*		*Risorse D.P.[1]*	
	31.12.02	*31.12.01*	*31.12.00*	*Fine 2002*	*Var. % 2002/2001*	*Fine 2002*	*Var. % 2002/2001*
Fondi pensione negoziali							
Autorizzati all'esercizio dell'attività	*36*	*27*	*23*	*989.002*		*3.264*	
Autorizzati alla raccolta delle adesioni	*8*	*14*	*19*	*32.060*		-	
Totale	*44*	*41*	*42*	*1.021.062*	*3,7*	*3.264*	*44.7*
Fondi pensioni aperti							
Autorizzati all'esercizio dell'attività	*91*	*94*	*85*	*337.600*			
Autorizzati alla costituzione	*4*	*8*	*14*	-		*1.230*	
Totale	*95*	*102*	*99*	*337.600*	*17,5*	*1.230*	*30,4*
Totale	*139*	*143*	*141*	*1.358.662*	*6,8*	*4.494*	*40,5*

	Fondi pensione			*Iscritti*		*Risorse D.P.[1]*	
Fondi pensione preesistenti[2]	*31.12.02*	*31.12.01*	*31.12.00*	*Fine 2001*		*Fine 2001*	
Di competenza Covip	*415*	*418*	*418*	*615.116*		*24.626*	
Interno a banche	*150*	*149*	*152*	*70.000*		*4.400*	
Interni a imprese di assicurazioni	*7*	*8*	*8*	*4.500*		*569*	
Totale	*572*	*575*	*578*	*689.616*		*29595*	

[1] Risorse complessivamente destinate alle prestazioni. Esse comprendono: l'attivo netto destinato alle prestazioni (ANDP) per i fondi negoziali e aperti di nuova costituzione e per i fondi preesistenti privi di soggettività giuridica; le riserve matematiche costituite a favore degli iscritti presso le compagnie di assicurazione per i fondi preesistenti gestiti tramite polizze assicurative.

[2] Fondi pensione istituiti antecedentemente all'introduzione della nuova disciplina della previdenza complementare (novembre 1992), iscritti all'Albo al 31.12 di ogni anno. I dati relativi agli iscritti e alle risorse destinate alle prestazioni sono parzialmente stimati: con riferimento ai fondi interni alle banche e alle imprese di assicurazione le stime sono basate sui dati acquisiti dalle rispettive Autorità di vigilanza competenti (Banca d'Italia e ISVAP). Gli iscritti ai fondi interni bancari potrebbero essere sovrastimati, a causa della riorganizzazione del settore avviata successivamente all'ultima rilevazione di informazioni.

Ministero della salute

Sintesi e conclusioni.
1. La riorganizzazione degli apparati.
2. Programmazione e controllo: il ciclo programmatico all'interno del ministero.
3. Auditing finanziario-contabile: *3.1 Struttura del bilancio; 3.2 Le entrate relative al ministero; 3.3 L'applicazione del DL n. 194 del 6 settembre 2002, convertito dalla legge n. 246 del 30 ottobre 2002 e le problematiche connesse.*
4. I risultati della gestione: *4.1 I principali indicatori finanziari; 4.2 L'analisi per centri di responsabilità ed unità previsionali di base; 4.3 L'analisi per funzioni.*

APPENDICE: IL MINISTERO ED IL SSN
1. Premessa: il quadro evolutivo del sistema.
2. I livelli essenziali di assistenza ed il loro monitoraggio.
3. Gli andamenti finanziari.
4. La ricaduta sul bilancio dello Stato.
5. Il sistema informativo.
6. Gli investimenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria: *6.1 Le innovazioni procedurali nella seconda fase del programma di investimenti ex art. n. 20 legge n. 67 del 1988 e le problematiche generali del settore; 6.2. Specifiche linee di finanziamento del programma di investimenti; 6.3 Il Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali ed il Piano straordinario per le grandi città.*

(migliaia di euro)

Centro di responsabilità	Stanziamenti definitivi	Autorizzazioni di cassa	*di cui in C/Capitale*	Impegni	Impegni effettivi	Pagamenti totali	Residui totali	Economie totali
1. Gabinetto ed uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro	11.859	14.075	*99*	9.380	9.355	10.633	1.474	2.588
2. Ordinamento sanitario, ricerca ed organizzazione del Ministero	989.705	1.241.866	*379.341*	916.395	706.633	739.409	1.515.667	117.505
3. Tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali	460.270	564.408	*1.176*	396.035	395.734	429.639	163.329	88.762
TOTALE AMMINISTRAZIONE	**1.461.834**	**1.820.349**	***380.616***	**1.321.810**	**1.111.722**	**1.179.682**	**1.680.470**	**208.855**

Sintesi e conclusioni

Nella complessa articolazione del sistema sanitario – tuttora in sensibile evoluzione a livello istituzionale – si innestano i compiti demandati al ministero della salute, di recente ridefiniti a seguito di un non univoco percorso normativo sviluppatosi a livello generale e settoriale.

La consapevolezza di un ulteriore possibile riadeguamento organizzativo e funzionale in conseguenza dell'attuazione del Titolo V, parte II, della Costituzione - che riserva, come è noto, alla legislazione concorrente la tutela della salute[1] - emerge nella genesi del provvedimento ora adottato, peraltro inteso a far fronte, anche nella stessa denominazione dei dipartimenti, ad una diversa collocazione degli apparati centrali nel sistema. Tale intendimento appare ancora più marcato nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 - il cui iter si è solo di recente concluso[2], in ritardo rispetto alle fisiologiche scansioni temporali previste – e che evidenzia come l'azione amministrativa per l'anno 2003 si inserisca in un nuovo contesto in cui la missione del Ministero viene a modificarsi da "pianificazione e governo della sanità" a "garanzia della salute per ogni cittadino".

Nella funzione programmatoria delle politiche pubbliche di settore, che coinvolgono diversi livelli decisionali, anche all'interno del Governo centrale e per le quali al ministero della salute è riconosciuto un ruolo primario, propositivo e di supporto al complesso sistema del SSN, vanno sottolineati taluni significativi aspetti istituzionali e procedimentali. I più rilevanti obiettivi individuati nei documenti programmatici dell'amministrazione si inseriscono infatti in un percorso complesso, che interagisce con il sistema delle Regioni e delle stesse aziende sanitarie, richiedendo decisivi momenti di cooperazione dei diversi livelli di governo. In tal senso rivestono un ruolo particolare gli accordi intervenuti nella sede della conferenza Stato-Regioni[3], nel cui alveo maturano le scelte strategiche non solo di ordine finanziario, ma anche di convergenza sulle linee programmatiche e sulle modalità di monitoraggio, attraverso l'attivazione di "tavoli tecnici" che assumono crescente spessore operativo e significativa valenza di cooperazione e confronto.

Anche le risultanze contabili - da riallineare al diverso assetto organizzativo - testimoniano del ruolo propulsivo del ministero nel sistema sanitario: in tale ottica vanno lette le problematiche,

[1] Va segnalato il d.d.l. di modifica dell'art. 117 della Costituzione, (A.S. 1187), approvato in prima lettura, in base a cui le Regioni potranno attivare la potestà legislativa esclusiva in materia sanitaria (oltre che di istruzione e formazione e polizia locale).Va altresì ricordato lo schema di disegno di legge costituzionale recante "Modifiche al titolo V, parte II, della Costituzione", approvato in via preliminare dal Governo l'11 aprile 2003.

[2] D.P.R. 23 maggio 2003 in G.U. n. 95 del 18 giugno 2003.

[3] Rilevano in particolare l'accordo del 3 agosto 2000, del 22 marzo 2001 e soprattutto dell'8 agosto 2001, il cui contenuto è stato fatto proprio dal DL n. 347 del 18 settembre 2001, convertito in legge 16 novembre 2001, n. 405. Una ricognizione degli accordi e dei "tavoli tecnici" è nell'appendice al presente capitolo.

più ampiamente illustrate nella appendice al presente capitolo, relative alla programmazione delle politiche per investimenti, di particolare valenza anche sociale, e del sistema informativo, di cui la Corte aveva da tempo segnalato il valore strategico per corrispondere alle esigenze conoscitive poste da un sistema policentrico ed evolventesi in senso federale, e che oggi assume ulteriore rilievo anche per l'adozione di misure perequative in linea con la nuova disciplina costituzionale. Vanno qui richiamate le disposizioni del titolo V della Costituzione, che all'art. 117, comma 2, lett. m), riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" ed alla lett. r) il coordinamento informativo, statistico ed informatico dell'amministrazione centrale, regionale e locale. Va naturalmente ricordato il principio costituzionale che affida allo Stato la "tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32). In base al PSN recentemente approvato il ruolo dello Stato in materia di sanità viene a trasformarsi, "da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale", identificando i compiti del ministero della salute in "quelli di garantire a tutti l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza anche con la comunicazione corretta ed adeguata; evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative; collaborare con le Regioni a valutare le realtà sanitarie e a migliorarle; tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica".

1. La riorganizzazione degli apparati

Le funzioni attribuite al Ministero della salute, che, come si è detto, vanno oggi lette alla luce delle formulazioni del titolo V della Costituzione, si innestano in un più generale quadro di ridisegno delle strutture centrali in relazione al conferimento di maggiori compiti e responsabilità alle Autonomie, già avviato, in base alla legge n. 59 del 1997, dal d.lgs. n. 112 del 1998 e dal d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999.

Le strette interazioni tra riforme settoriali e riforme generali si evidenziano nell'analisi del complesso processo di regionalizzazione, che era stato già ampiamente anticipato per la sanità, senza peraltro incidere significativamente sulla configurazione dell'apparato ministeriale, con la riforma contenuta nei precedenti decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93. Il d.lgs. n. 112 del 1998 aveva poi, nel disciplinare in via generale il conferimento di funzioni alle Autonomie, precisato e definito l'area degli interventi statali anche nel settore della salute (Titolo IV, capo I, artt. 114 e ss.).

Ad esso erano cronologicamente seguiti da un lato, con specifico riferimento alla materia, i d. lgs. n. 229 (c.d. "riforma ter") e n. 443 del 1999, dall'altro, nello stesso anno, il d.lgs. n. 300, che, in relazione al più deciso processo di attribuzione di compiti alle Autonomie innescato dalla legge n. 59 del 1997 aveva in parallelo previsto un riordino generale del sistema delle amministrazioni centrali. In tale complessivo disegno era stato prefigurato in particolare l'accorpamento del ministero della sanità in una più ampia articolazione deputata alla tutela del *welfare* ("Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali") - disciplinato con il d.P.R. n. 126/2001 - in correlazione alle quattro aree funzionali previste dall'art. 46 del d.lgs. n. 300, mentre, in base all'art. n. 47 gli uffici periferici del ministero venivano a confluire negli "Uffici Territoriali del Governo"[4].

All'impianto delineato dal d.lgs. n. 300 del 1999 sono state apportate modifiche, ad inizio della XIV legislatura, con il decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217, convertito in legge n. 317 del 3 agosto 2001. In particolare con l'art. 11 è stato istituito il Ministero della salute, attribuendo ad esso le funzioni- già ricomprese nelle lettere a) e b) del citato art. 46 d.lgs. n. 300 d.lgs. n.

[4] Al riguardo vedasi il d.P.R. 17 maggio 2001, n. 287.

300 - spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti, nell'ambito e con finalità di salvaguardia e di gestione integrata dei servizi socio-sanitari e della tutela dei diritti alla dignità della persona umana e alla salute[5]. E' stato in tal modo abbandonato l'originario disegno unificante, esplicitato con il d.P.R. n. 126/2001 e sostanzialmente ripristinata la precedente figura ministeriale, riconoscendone il ruolo autonomo e la peculiarità delle funzioni , da rileggere oggi in relazione all'accennata evoluzione istituzionale.

Alla non univoca evoluzione della normativa primaria si è accompagnata una ridefinizione degli apparati con norme secondarie caratterizzata da carattere di non definitività. In particolare ai sensi dell'art. 55, comma 3, del d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999, si era proceduto alla emanazione dal d.P.R. 7 n. 435 del 7 dicembre 2000 "Regolamento recante norme sintetiche di organizzazione del Ministero della sanità". Tale provvedimento delineava un assetto del Ministero strutturato in due dipartimenti corrispondenti alle due già citate aree disegnate dal d.lgs. n. 300 (dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione e dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali), articolati al loro interno in 11 direzioni generali e sulla sui connessa architettura contabile si fonda l'analisi delle risultanze contabili per il 2002. Tale regolamento, ritenuto non coerente con la successiva evoluzione del sistema, viene oggi ad essere abrogato e sostituito dal recentissimo d.PR n. 129 del 28 marzo 2003.

Il nuovo regolamento prevede un'articolazione del ministero in tre dipartimenti (dipartimento della qualità; dipartimento dell'innovazione; dipartimento della prevenzione e della comunicazione), complessivamente articolati in dieci direzioni generali (in luogo delle undici preesistenti), chiamati ad assicurare l'esercizio delle funzioni amministrative, ai sensi dell'articolo 5 del più volte richiamato d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999[6]. Peraltro, anche per la più puntuale e dettagliata indicazione delle funzioni delle direzioni generali rispetto a quelle dei dipartimenti, non è evidenziato con immediatezza il ruolo unificante per essi astrattamente prefigurato dalla norma, in presenza di compiti non sempre omogenei e che aggregano in larga parte le funzioni e gli uffici già presenti. Le nuove direzioni generali subentrano infatti alle

---

[5] L'art. 11 del DL n. 217 del 12 giugno 2001, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 317 del 3 agosto 2001, ha introdotto gli articoli 47-bis, 47-ter e 47-quater del d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999. In particolare, in base all'art. 47-ter il ministero svolge le funzioni di competenza statale in due aree funzionali: quella dell'ordinamento sanitario (indirizzi generali e coordinamento in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie umane, ivi comprese le malattie infettive e diffusive; prevenzione, diagnosi e cura delle affezioni animali, ivi comprese le malattie infettive e diffusive e le zoonosi; programmazione sanitaria di rilievo nazionale, indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività regionali; rapporti con le organizzazioni internazionali e l'Unione europea; ricerca scientifica in materia sanitaria) e quella della tutela della salute umana e sanità veterinaria (tutela della salute umana anche sotto il profilo ambientale, controllo e vigilanza sui farmaci, sostanze e prodotti destinati all'impiego in medicina e sull'applicazione delle biotecnologie; adozione di norme, linee guida e prescrizioni tecniche di natura igienico-sanitaria, relative anche a prodotti alimentari; organizzazione dei servizi sanitari; professioni sanitarie; concorsi e stato giuridico del personale del Servizio sanitario nazionale; polizia veterinaria; tutela della salute nei luoghi di lavoro). In base all'art. 47-quater il ministero si articola in dipartimenti, il cui numero non può essere superiore a quattro. Si ravvisa dunque una certa asimmetria tra il numero dei dipartimenti da ultimo adottati (tre) e le aree individuate dalla legge, che peraltro prevede un numero massimo di quattro dipartimenti. La norma prevede inoltre che le funzioni già svolte dagli uffici periferici del ministero della sanità siano attribuite agli uffici territoriali del Governo di cui all'art. 11 dello stesso d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999. Le spese di ufficio per gli organi periferici sono allocate sul cap. 3144. Per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla tutela sanitaria e veterinaria, gli uffici territoriali possono avvalersi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, sulla base di apposite convenzioni. Lo schema tipo delle convenzioni è definito dal Ministero in sede di Conferenza unificata di cui al d.lgs. n. 281 del 28 agosto 1977.

[6] Si ricorda che in base a tale norma i dipartimenti devono assicurare l'esercizio organico ed integrato delle funzioni del ministero, attraverso l'esercizio dei compiti finali concernenti grandi aree di materie omogenee e dei relativi compiti strumentali, compresi quelli di indirizzo e coordinamento delle unità di gestione in cui si articolano, di organizzazione e di gestione delle risorse strumentali, finanziarie ed umane ad essi attribuite.

preesistenti strutture del Ministero, pur con talune rilevanti innovazioni, intese a far fronte, come si è detto, al diverso ruolo degli apparati centrali nel sistema sanitario.

La consapevolezza di uno sforzo di coniugare esigenze di continuità dell'azione amministrativa con le nuove esigenze ordinamentali e la conseguente possibile non definitività - ricollegabile alla stessa evoluzione del sistema istituzionale, che per la salute ne registra sensibili profili - emerge dalla stessa lettura del nuovo testo normativo ed in particolare dalle relazioni e dagli atti ufficiali che ne hanno accompagnato la gestazione.

Senza soffermarsi sulle interazioni tra prefigurazione degli apparati centrali ed esercizio di momenti di conoscenza, programmazione e supporto al sistema sanitario, più ampiamente evidenziati nell'appendice, va qui rimarcato, con riferimento alle articolazioni interne, l'esigenza di una coerente ricostruzione dell'architettura contabile e di un idoneo dispiegarsi del significativo ruolo, attribuito ai capi dipartimento, di coordinamento, direzione e controllo degli uffici di livello dirigenziale generale da esso dipendenti e dei cui risultati complessivamente raggiunti sono responsabili. In tale ottica assume quindi particolare rilievo la funzione di determinazione dei programmi in attuazione degli indirizzi del Ministro e di conseguente allocazione delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili, così come dei compiti di propulsione, coordinamento, controllo e vigilanza nei confronti degli uffici medesimi. A tal fine si è data, nell'analisi finanziaria che segue, già con riferimento all'esercizio trascorso, una particolare attenzione ai profili della programmazione e della verifica dei risultati in connessione con le risorse disponibili.

Ad una più specifica lettura, al dipartimento della qualità, le cui attività ed interventi mirano allo sviluppo ed al monitoraggio dei sistemi di garanzia della qualità del Servizio sanitario nazionale, con la valorizzazione del capitale fisico, umano e sociale, sono demandati i compiti dell'osservazione sul servizio all'utente, della formazione del personale e dell'individuazione dei fabbisogni informativi. Nell'ambito del dipartimento sono istituite tre direzioni generali: la direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema[7]; la direzione generale delle risorse umane e professioni sanitarie[8];

---

[7] La direzione svolge le funzioni relative alla definizione del Piano sanitario nazionale, dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionale, con la individuazione degli strumenti strategici per il raggiungimento degli obiettivi e per la verifica del loro conseguimento; alla analisi dei fabbisogni finanziari del Servizio sanitario nazionale; alla elaborazione e verifica dei dati economici relativi al Servizio sanitario nazionale ed all'aggiornamento dei modelli economici del Sistema informativo sanitario; alla determinazione dei criteri generali per la classificazione e la remunerazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale; al monitoraggio ed alla riqualificazione della rete dell'offerta sanitaria, in relazione anche alla mobilità degli assistiti, alla programmazione coordinata degli interventi rivolti alla valorizzazione dei centri di eccellenza sanitaria; agli investimenti pubblici in sanità; alla definizione dei livelli essenziali di assistenza ed al relativo monitoraggio; al coordinamento del trasferimento di competenze dal Ministero alle Regioni; alla verifica delle liste di attesa ed alla promozione di interventi finalizzati alle loro riduzioni; alla definizione di criteri e requisiti per l'esercizio, l'autorizzazione e l'accreditamento delle attività sanitarie ed alla verifica degli strumenti di valutazione della qualità percepita e della loro efficacia; alla promozione dello sviluppo e verifica sulla diffusione dell'istituto della certificazione di qualità; ai 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; alla vigilanza sulle modalità di gestione e di finanziamento dei sistemi di erogazione delle prestazioni sanitarie diverse dal Servizio sanitario nazionale; allo studio e promozione di nuovi modelli per l'assistenza integrata, sanitaria e sociale a malati acuti, cronici e terminali, agli anziani e ai disabili, attraverso la programmazione coordinata dei livelli di intervento; la destinazione e utilizzazione dei fondi strutturali comunitari.

[8] La direzione generale svolge le funzioni relative alle professioni sanitarie e risorse umane del Servizio sanitario nazionale; alla vigilanza sugli ordini e sui collegi degli esercenti le professioni sanitarie ed al funzionamento della Commissione centrale per le professioni sanitarie; al supporto per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale; alla promozione della professionalità attraverso programmi organici di formazione permanente e di aggiornamento; ai rapporti con l'Autorità del volontariato per la valorizzazione del "capitale sociale"; ai rapporti con le Società medico-scientifiche e le loro federazioni.

la direzione generale del sistema informativo[9]. Presso il dipartimento opera la segreteria generale del Consiglio superiore di sanità.

Al dipartimento dell'innovazione sono affidati compiti di propulsione e vigilanza per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica in materia sanitaria e a sostegno di azioni di studio e creazione di reti integrate di servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati acuti, cronici, terminali, ai disabili ed agli anziani. Anche nell'ambito di tale dipartimento sono previste tre direzioni generali: la direzione generale dei farmaci e dispositivi medici[10]; la direzione generale della ricerca scientifica e tecnologica[11]; la direzione generale del personale, organizzazione e bilancio[12].

Al dipartimento della prevenzione e della comunicazione sono infine affidate le attività di coordinamento e vigilanza e di diretto intervento di competenza statale in tema di tutela della salute, dell'ambiente e delle condizioni di vita e di benessere delle persone e degli animali, nonché relative alla informazione e comunicazione agli operatori ed ai cittadini e alle relazioni istituzionali interne ed internazionali. Nell'ambito di tale dipartimento sono istituite quattro direzioni generali: la direzione generale della prevenzione sanitaria[13]; la direzione generale della sanità veterinaria e degli alimenti[14]; la direzione generale della comunicazione e relazioni

---

[9] La direzione generale svolge le funzioni relative alla individuazione dei fabbisogni informativi del Servizio sanitario nazionale e del Ministero; alla informatizzazione dell'attività amministrativa del Ministero, alla gestione di osservatori e centri di documentazione e relativo monitoraggio; ai rapporti con gli organismi incaricati delle attività informatiche nella pubblica amministrazione e con il Ministro per l'innovazione e le tecnologie; alla elaborazione e verifica dei dati statistici relativi all'attività del Servizio sanitario nazionale; alla relazione sullo stato sanitario del Paese; alla biblioteca.

[10] La direzione generale svolge le funzioni relative alla ricerca, sperimentazione, produzione e commercializzazione dei medicinali per uso umano e connessa farmacovigilanza; alla pubblicità dei medicinali e di altri prodotti; ai dispositivi medici; ai prodotti usati in medicina o per il miglioramento dello stato di salute; ai biocidi e prodotti cosmetici; alla produzione, commercio ed impiego delle sostanze stupefacenti psicotrope ed all'aggiornamento delle relative tabelle; agli studi e ricerche sull'utilizzazione dei farmaci; ai registri della popolazione per la farmacoepidemiologia; al funzionamento della segreteria del Comitato etico nazionale.

[11] La direzione generale svolge le funzioni relative alla ricerca scientifica in materia sanitaria ed al funzionamento della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria; alla promozione della ricerca tecnologica in materia sanitaria; alla disciplina della tutela sanitaria, delle attività sportive e della lotta contro il doping; ai rapporti con l'università e gli enti di ricerca, pubblici e privati, nazionali ed internazionali; alla vigilanza sull'Istituto superiore di sanità, sull'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, sugli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e sugli altri enti o istituti a carattere nazionale previsti dalla legge; alle informazioni alle regioni e agli operatori a supporto delle decisioni relative all'uso delle tecnologie mediche.

[12] La direzione generale svolge le funzioni relative alla organizzazione, bilancio e personale del ministero, con particolare riferimento all'individuazione dei fabbisogni di risorse umane, finanziarie e strumentali ed alla relativa acquisizione; alla formazione del personale, alle relazioni sindacali, alla contrattazione e mobilità, compresa quella dipartimentale.

[13] La direzione generale svolge le funzioni relative alla promozione della salute anche nei settori materno infantile, età evolutiva e dell'anziano; alla prevenzione, con particolare riguardo alla profilassi internazionale ed a quella delle malattie infettive e diffusive, alla tutela igienico-sanitaria da fattori di inquinamento e nei confronti delle sostanze pericolose, alla tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, alla radio-protezione, alla prevenzione delle tossicodipendenze e delle malattie di rilievo sociale, inclusa la tutela della salute mentale, all'invalidità civile e alla disabilità; alle caratteristiche igienico-sanitarie delle acque; al trapianto di organi; all' impiego delle biotecnologie e procedure autorizzative concernenti attività relative a microrganismi ed organismi geneticamente modificati; alle provvidenze straordinarie in materia di assistenza sanitaria in Italia agli immigrati, agli apolidi, ai rifugiati politici ed agli stranieri; alle attività di prevenzione concernente pericoli di bioterrorismo; in materia di sangue ed emoderivati.

[14] La direzione generale svolge le funzioni relative alla tutela della salute e del benessere degli animali, compresi quelli impiegati a fini scientifici e sperimentali; alla salubrità dei prodotti di origine animale e dei loro sottoprodotti; agli alimenti per uso umano, compresi quelli destinati ad un'alimentazione particolare; alle biotecnologie alimentari e procedure comunitarie relative agli alimenti transgenici; all'igiene e sicurezza alimentare; ai prodotti per l'alimentazione animale; alla ricerca, sperimentazione, produzione e commercializzazione dei medicinali e dei dispositivi per uso veterinario; ai prodotti fitosanitari; alla polizia veterinaria ed alla profilassi internazionale nei settori veterinario e alimentare; allo smaltimento e trasformazione dei rifiuti di origine animale; alla ricerca veterinaria e vigilanza sugli istituti zooprofilattici sperimentali; ai rapporti con l'Organizzazione internazionale delle epizoozie, la FAO, l'Organizzazione mondiale del commercio.

istituzionali[15]; la direzione generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali[16].

In tale rapida ricognizione del nuovo disegno - la cui attuazione, che non deve comportare nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato[17] sarà oggetto di più approfondita verifica - non può sfuggire la considerazione che tale riforma si colloca in un momento istituzionale di nuova definizione di compiti e responsabilità: in tal senso la norma riserva al Ministero lo svolgimento delle funzioni di interesse sanitario di competenza statale, facendo espressamente salve le competenze delle Regioni come individuate dalla normativa vigente. La nuova disciplina, al di là della inevitabile transitorietà che può conseguire a nuove ed ulteriori mutazioni del quadro istituzionale, richiede comunque una necessaria tempestiva ridefinizione dell'assetto della dirigenza ed in particolare degli uffici di livello dirigenziale non generale, così come della stessa architettura contabile, in coerenza alle nuove previsioni normative ed ai principi di efficienza che ispirano l'azione amministrativa.

Sotto il primo aspetto va ricordato che la dotazione organica del Ministero è determinata dalla sommatoria della dotazione organica dirigenziale di cui al dPCM. 16 giugno 1998[18], (ora ridotta di un posto dirigenziale di primo livello nel ruolo sanitario) e della dotazione organica delle aree funzionali di cui al dPCM 21 marzo 2001[19], tenendo conto delle conseguenze risultanti dall'applicazione dei provvedimenti attuativi del dPCM 26 maggio 2000[20], relativo alla individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria.

Va ricordato che l'art. 34 della finanziaria 2003 prevede che le amministrazioni pubbliche provvedano alla rideterminazione delle dotazioni organiche sulla base dei principi di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, e successive modificazioni, tenendo conto in particolare dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3; dei

---

[15] La direzione generale svolge le funzioni relative alla attività di comunicazione e informazione agli operatori sanitari e alle imprese; all'educazione sanitaria; alle pubblicazioni, ai convegni e congressi scientifici; agli studi e documentazione; ai rapporti con organismi pubblici e privati operanti in materia sanitaria, comprese le organizzazioni del volontariato e del terzo settore; al portale e centro di contatto del Ministero e attività di comunicazione e informazione ai cittadini; agli atti di indirizzo e coordinamento in materia di rapporti di comunicazione tra Servizio sanitario nazionale e università.

[16] La direzione generale svolge le funzioni relative alla partecipazione alle attività degli organismi internazionali e sovranazionali ed agli incontri a livello internazionale; alla gestione dei rapporti con l'Unione europea, con il Consiglio d'Europa e con l'Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica; ai rapporti con l'Organizzazione mondiale della sanità e le altre agenzie specializzate delle Nazioni Unite; alla promozione dell'attuazione delle convenzioni, delle raccomandazioni e dei programmi comunitari e internazionali in materia sanitaria; allo svolgimento delle attività connesse alla stipula degli accordi bilaterali del Ministero; ai rapporti giuridici ed economici in materia di assistenza sanitaria nell'ambito dell'Unione europea ed in ambito extracomunitario; agli interventi sanitari in caso di emergenze internazionali.

[17] Nell'ambito delle materie di rispettiva competenza, le direzioni generali 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 decreto legislativo n. 112 del 31 marzo 1988, avvalendosi, prioritariamente, del personale cui il vigente ordinamento attribuisce, in modo specifico, compiti di natura ispettiva. Spetta parimenti alle stesse direzioni generali l'espletamento delle attività istruttorie connesse all'esercizio dei poteri sostitutivi, nonché delle attività strumentali all'adozione dei provvedimenti d'urgenza previsti dall'articolo 117, comma 1, secondo periodo, del citato decreto legislativo n. 112 del 1998.

[18] Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 giugno 1998, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 16 del 21 gennaio 1999, concerne: "Rideterminazione delle dotazioni organiche delle qualifiche dirigenziali, delle qualifiche funzionali e dei profili professionali del personale del Ministero della sanità".

[19] Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n 135 del 13 giugno 2001, concerne: "Rimodulazione delle dotazioni organiche del personale appartenente alle aree funzionali, alle posizioni economiche ed ai profili professionali del Ministero della sanità".

[20] Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 maggio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 238 dell'11 ottobre 2000, concerne: "Individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria ai sensi del titolo IV, capo I, del decreto legislativo n. 112 del 31 marzo 1998".

processi di riforma delle amministrazioni e di trasferimento di funzioni alle regioni e agli enti locali in attuazione della legge n. 59 del 15 marzo 1997; della legge n. 137 del 6 luglio 2002, nonché delle disposizioni relative al riordino e alla razionalizzazione di specifici settori. Nel ribadire il principio dell'invarianza della spesa la norma stabilisce che le dotazioni organiche rideterminate non possano comunque superare il numero dei posti di organico complessivi vigenti alla data del 29 settembre 2002 e che sino al perfezionamento dei provvedimenti in questione, le stesse siano provvisoriamente individuate in misura pari ai posti coperti al 31 dicembre 2002, tenuto anche conto dei posti per i quali alla stessa data risultino in corso di espletamento procedure di reclutamento, di mobilità o di riqualificazione del personale [21]. Al fine di stimolare l'amministrazione ad una tempestiva attuazione di tale disposizione, la Corte ha sollecitato, nella sede istruttoria del controllo, la tempestiva ricognizione delle unità di personale, anche per verificare la corrispondenza, nel tempo, dei conferimenti degli incarichi dirigenziali rispetto alle relative piante organiche.

Per quanto concerne il trattamento economico il personale del ruolo sanitario dell'Amministrazione è destinatario, con decorrenza 1° gennaio 1996, del CCNL integrativo dell'accordo di lavoro della dirigenza, che ha introdotto una radicale modifica alle retribuzioni del personale medico, veterinario, farmacista, chimico, biologo e psicologo[22]. Al personale non appartenente al ruolo sanitario (dirigenti e personale qualifiche funzionali), è attribuito il trattamento economico previsto dai rispettivi CC.CC.NN.LL del comparto Ministeri, nonché le incentivazioni di cui all'art. 7 della legge n. 362/1999.

Va considerato che sul capitolo 2500 grava il "Fondo unico di amministrazione", la cui ripartizione delle risorse sui capitoli dei singoli centri di responsabilità può essere richiesta al ministero dell'economia e delle finanze solo successivamente al perfezionamento della contrattazione decentrata con le OO.SS., cui è correlata l'attribuzione dei trattamenti economici accessori, connessi ai compiti d'istituto, sia per il personale dirigenziale, che per quello delle qualifiche funzionali.

2. Programmazione e controllo: il ciclo programmatico all'interno del ministero

Come si è anticipato, nella complessa articolazione del sistema sanitario la peculiare funzione programmatoria delle politiche pubbliche di settore coinvolge diversi livelli decisionali, anche all'interno del Governo centrale, che trovano esplicitazione e composizione nella sede della conferenza Stato-Regioni. Va infatti sottolineato che alcuni dei più rilevanti obiettivi individuati nei documenti programmatori dell'amministrazione si inseriscono in un percorso più articolato, che interagisce fortemente con il sistema delle Regioni e delle stesse aziende sanitarie, richiedendo crescenti momenti di fattiva e "leale collaborazione".

Sintomatica della forte interazione tra programmazione generale di settore e ciclo programmatico all'interno del ministero è la mancata approvazione nel corso dell'esercizio trascorso, del PSN, che ha comportato, ad esempio, il rinvio dell'attuazione dell'obiettivo strategico della direttiva generale ministeriale I.9 Avviare la ristrutturazione della rete ospedaliera[23]. In tal senso va dunque evidenziato il carattere peculiare del circuito

---

[21] La legge fa salvi gli effetti derivanti dall'applicazione dell'articolo 3, comma 7, ultimo periodo, della legge n. 145 del 15 luglio 2002, nonché dai provvedimenti di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche previsti dalla legge n. 137 del 6 luglio 2002, già formalmente avviati alla data del 31 dicembre 2002, e dai provvedimenti di indisponibilità emanati in attuazione dell'articolo 52, comma 68, della legge n. 448 del 28 dicembre 2001, e registrati presso l'ufficio centrale del bilancio entro la data del 31 dicembre 2002.

[22] Il primo contratto integrativo è stato sottoscritto in data 30 settembre 1997 (biennio 1996–1997). Il rinnovo del contratto integrativo deve essere ancora perfezionato, tenuto conto che l'ARAN non ha ritenuto direttamente applicabile a tale personale il contratto della dirigenza del 5 aprile 2001.

[23] In particolare l'Obiettivo Operativo Annuale I.9.1 - corredato di articolati indicatori - prevedeva la Stipula di un accordo con le Regioni per il ridisegno della rete ospedaliera con la finalità di convertire la funzione di alcuni ospedali minori e attivare l'ospedalità a domicilio.

programmatorio all'interno dell'amministrazione, tenendo altresì conto che la programmazione delle politiche pubbliche in sanità si innesta sempre più strettamente con quella internazionale e comunitaria.

Alla accennata complessità ed interconnessione di momenti programmatori e decisionali articolati a diversi livelli di governo, si accompagna la difficoltà di una compiuta riconducibilità delle risorse del bilancio statale agli obiettivi individuati, in base ai principi propri del circuito disegnato dagli articoli 4 e 14 del d.lgs. n. 165/2001. Questi - che si sostanziano, come è noto, nella distinzione tra funzioni di indirizzo, di determinazione degli obiettivi e delle priorità, nonché della conseguente verifica, proprie del vertice politico, e compiti gestionali attribuiti ai dirigenti - richiedono una fisiologica scansione tra programmazione strategica e di bilancio, pianificazione operativa, attuazione degli interventi, verifica dei risultati .

Nel processo di individuazione e specificazione degli obiettivi all'interno di un ciclo programmatorio coerente ai principi di riforma del bilancio statale è dunque richiesta una diretta relazione con le risorse da individuare ed attribuire, sia nella formulazione delle previsioni di bilancio, ed in particolare nella impostazione della "nota preliminare" allo stato di previsione del b.l.v., che nella direttiva generale[24]. A tal proposito va rilevata nel dd.l. di bilancio per l'esercizio 2002, la redazione "solo in maniera tecnica." della nota preliminare, pur predisposta dall'amministrazione, a fronte di un miglioramento affinamento avvenuto negli esercizi precedenti (in particolare negli stati di previsione del blv 2000 e 2001[25]) .

Va evidenziato inoltre che la architettura contabile relativa all'esercizio 2002 rispecchia la articolazione disegnata dal d.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435, strutturata in due dipartimenti, comprensivi di più direzioni generali, il che si riflette sia sulla nota preliminare che sulla stessa direttiva generale, non più definita, come per il rendiconto 2001, con riguardo a 13 C.d.R. , ma solo a 3. Viene così ad essere meno immediato il raccordo tra destinatari degli obiettivi e delle risorse e responsabili dell'attuazione, individuati invece in un percorso "a cascata" che si estende agli appositi "piani operativi di azione". Questi, peraltro, se informati alla attuale cultura della misurazione e volti ad indicare tempi, fasi e responsabili delle procedure, così come risorse e umane impiegate, eventuali vincoli e criticità esterne, richiedono ancora un ulteriore affinamento con riguardo alla utilizzazione delle risorse di bilancio, così come alla coerente attivazione degli strumenti di contabilità analitica.

Al di là del necessario maggiore raccordo con i dati contabili e di bilancio, va peraltro considerato il processo di graduale miglioramento nella predisposizione della direttiva generale, per la quale era stato rilevato per gli esercizi precedenti il ritardo nell'adozione e la relativa significatività, limitandosi in genere tale documento ad una ricognizione degli obiettivi già indicati nella nota preliminare.

Per il 2002 la direttiva generale, emanata il 14 marzo 2002, si richiama espressamente alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 novembre 2001 "Indirizzi per la predisposizione della direttiva generale dei Ministri sull'attività amministrativa e sulla gestione

---

[24] In particolare alla nota preliminare, che compensa il "sacrificio di analiticità" dovuto al passaggio dal voto per capitoli a quello per unità previsionali di base è affidata la funzione informativa del Parlamento: essa richiede, tra l'altro una evidenziazione delle ragioni degli aumenti o delle diminuzioni di stanziamento rispetto alle previsioni assestate, soprattutto ove si assista a fenomeni di notevoli variazioni degli stanziamenti, come evidenziato per taluni significativi interventi di spesa.

[25] La nota preliminare 2001 riproduceva sostanzialmente l'impianto di quella per il 2000, con la illustrazione per ciascuno dei centri di responsabilità degli 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. Nella nota preliminare, alle indicazioni programmatiche era 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 era stato sollecitato dalla Corte per la disarticolazione delle risorse in coerenza con i diversi obiettivi perseguiti e la ricostruzione in termini di progetti e di programmi finanziati, con la indicazione dei relativi tempi di esecuzione.

per l'anno 2002" ed alla direttiva del Ministro per l'innovazione e le tecnologie del 21 dicembre 2001. In coerenza alle politiche generali di semplificazione amministrativa, di contenimento della spesa, di digitalizzazione dell'amministrazione e di miglioramento della qualità dei servizi, le politiche rivolte alla tutela della salute, viste sia con riguardo al quadro internazionale, che al processo di regionalizzazione, privilegiano la ricerca, le politiche del farmaco, l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani anche in ambito extracomunitario, la organizzazione ed efficienza interna attraverso la valorizzazione dei sistemi di controllo gestionali.

Come si è detto, mentre il rendiconto 2001 rispecchiava la precedente architettura contabile in 13 C.d.R., il rendiconto 2002 si fonda sulla articolazione strutturata in dipartimenti, comprensivi di undici direzioni generali (che non costituiscono più autonomi C.d.R.). A tale nuova configurazione si collega il processo di successiva pianificazione operativa tra capi dipartimento e dirigenti generali: ai primi vengono quindi assegnati obiettivi "strategici", che aggregano uno o più obiettivi operativi annuali, corredati da una ricca serie di indicatori[26], con il compito di definire entro venti giorni dalla direttiva appositi "piani d'azione", predisposti su proposta dei direttori generali, relativi a ciascuno degli obiettivi operativi annuali ed a loro volta disarticolati in sottoobiettivi. Agli stessi capi dipartimento è fatto onere di trasmettere al servizio di controllo interno entro il 15 settembre 2002 una relazione sullo stato di attuazione della realizzazione degli obiettivi al 15 agosto, esponendo le ragioni in caso di scostamento dalla pianificazione, segnalando gli interventi adottati o che si intendono adottare. Assume quindi peculiare rilievo tale pianificazione "di secondo livello", con la quale in sostanza vengono ad essere concretamente definite le modalità ed i percorsi di attuazione degli obiettivi.

Nella definizione delle linee programmatiche appare positiva la attenzione al sistema degli indicatori, ad essenziale supporto delle funzioni di analisi della gestione, anche se ancora problematica appare la definizione e la utilizzazione degli strumenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi caratterizzanti il policentrico sistema della sanità. Invero gran parte degli indicatori adottati dall'Amministrazione è di ordine quantitativo, con diretta ricaduta sulla conoscenza interna dell'utilizzo di risorse umane, di risposta nei tempi di programmati, di verifica quantitativa del prodotto, anche se sono in stato di elaborazione sperimentale indicatori di output e di outcome.

Per il 2003 la Direttiva generale è stata emanata in data 14 febbraio 2003 al termine di una complessa attività. Il processo di programmazione si è sviluppato in coerenza con le linee guida contenute nella direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 novembre 2002 "Indirizzi per la programmazione strategica e la predisposizione delle direttive generali dei Ministri per l'attività amministrativa e la gestione per l'anno 2003". In particolare è stata svolta la analisi degli obiettivi da raggiungere, in coerenza con le linee guida di riferimento (programma di Governo, Dpef, politiche intersettoriali, ecc); la elaborazione di obiettivi strategici a traduzione delle priorità politiche, evidenziate nei documenti programmatici del Governo; la declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi; la definizione, per ogni obiettivo operativo, dei relativi programmi d'azione. In essi vengono esplicitate le fasi dettagliate delle attività da porre in essere (azioni, scadenze temporali, output, peso percentuale, vincoli e responsabilità), corredati dagli indicatori di riferimento, funzionali al monitoraggio ed alla verifica del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

La Corte aveva già segnalato l'opportunità di una specifica enucleazione ed ulteriore differenziazione degli obiettivi, che, pur rientrando nell'attività "fisiologica" del ministero, siano connotati di peculiari profili rispetto ad essa, consentendo linee di raffronto e/o di continuità con i precedenti esercizi, offrendo di conseguenza adeguati parametri di misurazione e valutazione anche alla luce delle risorse per essi specificamente apprestate nei documenti di bilancio.

---

[26] Essi sono aggregati per 10 tipologie: efficacia esterna (outcome); efficacia interna (output); tempestività ed accessibilità; domanda; qualità erogata; qualità percepita; economicità; efficienza gestionale; efficienza produttiva; innovazione; rapporti con gli stakeholders.

Il documento definisce le priorità politiche dell'azione amministrativa del Ministero, nonché gli obiettivi strategici e operativi specifici assegnati a ciascun Centro di responsabilità, preoccupandosi di garantire il raccordo ("coerenza esterna") tra le priorità politiche del documento e gli indirizzi di Governo formalizzati nei principali documenti programmatici[27], nonché la coerenza interna tra gli obiettivi, sia di tipo "orizzontale" (obiettivi diversi non devono risultare in conflitto o incoerenti tra loro), che "verticale" (gli obiettivi devono essere strutturati in maniera da garantire che il raggiungimento di ciascuno di essi contribuisca al conseguimento dell'obiettivo finale complessivo)[28].

La direttiva rimarca inoltre l'impegno del ministero nell'organizzazione del Semestre di Presidenza Italiana dell'Unione Europea nel settore sanitario, attraverso incontri e tavoli di lavoro su tematiche incentrate sull'importanza di una corretta informazione e comunicazione sanitaria a tutela della salute e per la diffusione di stili di vita salutari, sulla promozione dell'accesso dei cittadini ai farmaci innovativi e alle nuove tecnologie di cura, sulla sicurezza delle donazioni e dei trapianti d'organo.

Sul piano interno vi è poi l'impegno ad attivare anche interventi finalizzati alla razionalizzazione dell'organizzazione e della gestione, consistenti nella modifica dell'assetto organizzativo, nella semplificazione delle procedure di accesso ai procedimenti e della comunicazione, interna ed esterna; nella promozione delle attività di formazione e diffusione della cultura del risultato; nel governo della spesa; nella impostazione metodologica dell'attività di controllo di gestione, con la sperimentazione su una realtà pilota interna all'amministrazione; nella prosecuzione del processo di gestione digitalizzata dei procedimenti.

Attesa la nuova configurazione dipartimentale, ai due Capi dei Dipartimenti vengono assegnati, a traduzione delle priorità politiche individuate, obiettivi strategici che comprendono uno o più obiettivi operativi, dettagliati quest'ultimi nei programmi d'azione, all'uopo predisposti. .La direttiva precisa che i Capi dei Dipartimenti, titolari dei centri di responsabilità amministrativa, si avvalgono, per il raggiungimento dei relativi obiettivi di competenza, delle risorse di bilancio[29], nonché delle risorse umane di cui al prospetto allegato alla direttiva stessa (tav. 1 e 2).

La direttiva, nel dettare puntuali disposizioni in relazione all'attività di monitoraggio, prescrive,inoltre, che i Capi dei dipartimenti, titolari dei centri di responsabilità, al fine di assicurare un'attività di costante verifica dello stato di attuazione degli obiettivi ivi contenuti, debbano produrre, in due date intermedie (fine aprile e fine agosto), rapporti sul livello di realizzazione dei connessi programmi d'azione, indicando, in caso di eventuali scostamenti rispetto alla pianificazione programmata, i fattori condizionanti, le cause e le connesse responsabilità e segnalando i rimedi correttivi adottati o che si intendano apportare, anche rispetto ad una programmazione trasversale a più unità organizzative e direzioni generali. Alla fine dell'anno, gli stessi effettueranno il monitoraggio finale per rilevare il livello di realizzazione degli obiettivi effettivamente conseguiti, facendo riferimento agli indicatori di risultato originariamente definiti.

---

[27] Rappresentati dal programma di Governo, i cui obiettivi sono espressamente puntualmente richiamati nelle schede predisposte in direttiva; dal Documento di programmazione economico-finanziaria 2003/2006; dalla legge finanziaria e dal bilancio dello Stato per l'anno 2003; dalle linee guida per la politica scientifica e tecnologica del Governo; dal programma nazionale di e-government; dal documento d'indirizzo del Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie relativo alla Carta d'identità elettronica e Carta nazionale dei servizi; dalle linee di indirizzo formulate per la stesura del Piano sanitario nazionale.

[28] La direttiva si articola in cinque sezioni. Sezione I priorità politiche; Sezione II obiettivi ; Sezione III meccanismi di monitoraggio; Sezione IV sistema di valutazione dei dirigenti; Sezione V formazione e valorizzazione del personale.

[29] Tabella n.15 della legge n. 290 del 27 dicembre 2002, "Bilancio di previsione dello Stato per l'esercizio finanziario 2003".

Il monitoraggio è coordinato dal Servizio di controllo interno, che fornisce al Ministro rapporti intermedi, almeno quadrimestrali, sullo stato di attuazione della direttiva, contenenti valutazioni e proposte volte a consentire gli aggiustamenti che si ritenessero necessari per il conseguimento degli obiettivi nei tempi prefissati. Allo stesso Servizio è demandata la redazione di una relazione annuale sulla base dei dati derivanti dall'attività di monitoraggio, nonché dall'analisi degli altri dati disponibili, tra cui quelli inerenti l'attività di controllo di gestione.

Il disegno posto dalla direttiva richiede dunque un pieno funzionamento dell'organo di controllo interno[30] ed un più stabile assetto della dirigenza, chiamata a svolgere compiti di maggiore responsabilità nel sistema, anche in coerenza con il nuovo assetto organizzativo che ha di recente visto la luce. In attesa della imminente ridefinizione anche degli uffici di diretta collaborazione, si rileva peraltro la perdurante situazione di mancata conferma del direttore del SECIN cessato dall'incarico in data 8 ottobre 2002[31].

[30] L'attività del Servizio di controllo interno si è sviluppata nella definizione della proposta di direttiva generale e nella redazione di rapporti, comprensivi di elementi di valutazione dei dirigenti assunti utilizzando le informazioni derivanti dal raggiungimento degli obiettivi.

[31] Va in proposito ricordato che - a differenza del D.M. 25 ottobre 1994, n.761 che prevedeva per l'organo una composizione collegiale - il DPR 7 dicembre 2000, n. 435 configurava la direzione del Servizio come organo monocratico. Il d.P.R. n. 216 del marzo 2001, "Regolamento di organizzazione degli uffici di diretta collaborazione del Ministero", prevede cinque dirigenti di II fascia, titolati di uffici di livello dirigenziale non generale, nonché l'assegnazione di un apposito contingente di personale per un massimo di venti unità. La consistenza complessiva attuale è di sei unità, di cui un dirigente medico, tre dirigenti amministrativi, due unità impiegatizie.

Quadro del personale di cui complessivamente sono dotati i dipartimenti (Allegato alla Direttiva per il 2002).

Tav. 1

UFFICI CENTRALI	Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione del Ministero	Dipartimento della tutela, della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali
QUALIFICA	**N° Unità**	**N° Unità**
Dirigenti generali	6	6
Dirigenti II fascia	56	78
(di cui Dirigenti sanitari II livello)	13	44
Dirigenti sanitari di I livello	13	150
C3	8	6
C2	66	39
C1	122	115
Personale sanitario laureato a Contratto Tempo Determinato	-	60
Pers.le amm.vo laureato a Contratto Tempo Determinato	2	10
B3	61	70
B2	144	141
B1	38	33
Personale amministrativo non laureato a Contratto Tempo Determinato	4	20
A3	47	19
UFFICI PERIFERICI	**N° Unità**	**N° Unità**
Dirigenti II fascia	-	32
di cui Dirigenti sanitari II livello	-	30
Dirigenti sanitari di I livello	-	122
C3	-	6
C2	-	20
C1	-	151
Personale sanitario laureato a Contratto Tempo Determinato	-	92
Personale amministrativo laureato a Contratto Tempo Determinato	-	6
B3	-	43
B2	-	364
B1	-	71
Personale tecnico-sanitario non laureato a Contratto Tempo Determinato	-	44
Personale amministrativo non laureato a Contratto Tempo Determinato	-	14
A3	-	38

Quadro del personale di cui complessivamente sono dotati i dipartimenti (Allegato alla Direttiva per il 2003)

Tav. 2

UFFICI CENTRALI	Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione del Ministero	Dipartimento della tutela, della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali
QUALIFICA	**N° Unità**	**N° Unità**
Dirigenti generali	6	6
Dirigenti II fascia	56	78
di cui Dirigenti sanitari II livello	13	44
Dirigenti sanitari di I livello	13	150
C3	8	6
C2	66	39
C1	122	115
Personale sanitario laureato a Contratto Tempo Determinato	-	60
Pers.le amm.vo laureato a Contratto Tempo Determinato	2	10
B3	61	70
B2	144	141
B1	38	33
Personale amministrativo non laureato a Contratto Tempo Determinato	4	20
A3	47	19
UFFICI PERIFERICI	**N° Unità**	**N° Unità**
Dirigenti II fascia	-	32
di cui Dirigenti sanitari II livello	-	30
Dirigenti sanitari di I livello	-	122
C3	-	6
C2	-	20
C1	-	151
Personale sanitario laureato a Contratto Tempo Determinato	-	92
Personale amministrativo laureato a Contratto Tempo Determinato	-	6
B3	-	43
B2	-	364
B1	-	71
Personale tecnico-sanitario non laureato a Contratto Tempo Determinato	-	44
Personale amministrativo non laureato a Contratto Tempo Determinato	-	14
A3	-	38