che ne fa il rendiconto riflette una situazione che, come si è visto, non è stata più attuale a partire dal 2 agosto 2004.

Si è detto della distribuzione degli incarichi dirigenziali generali effettuata mediante l'individuazione dei relativi uffici; essa consta di 14 posizioni a livello centrale, cui se ne affiancano 4 di *staff* per i Capi Dipartimento, e 17 sul territorio. Gli uffici dirigenziali non generali, nell'ambito della dotazione organica prevista dal regolamento (247), prevedono 5 posizioni per gli uffici di diretta collaborazione; 48 posizioni per l'amministrazione centrale; 25 per il servizio ispettivo; 169 per gli uffici periferici. Un'osservazione particolare merita la configurazione di questi uffici all'interno dei Dipartimenti e delle Direzioni Generali, che li distingue in strutture di supporto per il Capo Dipartimento ed in unità organiche delle Direzioni Generali. Questa soluzione, pur costituendo indubbiamente un apprezzabile collegamento tra gli ambiti funzionali dei Dipartimenti e delle Direzioni Generali, in termini numerici denuncia una implementazione delle strutture.

In proposito si possono avanzare anche alcune considerazioni di valenza più generale. Nell'insieme l'assetto delineato distingue i livelli funzionali propri dei Dipartimenti e delle Direzioni Generali: i primi sono centri di responsabilità amministrativa e svolgono compiti di coordinamento, direzione e controllo delle Direzioni Generali nell'ambito delle rispettive aree funzionali, assicurando l'esercizio organico ed integrato delle funzioni; per le seconde sono individuati i compiti specifici dei contesti di pertinenza. Le dieci Direzioni Generali sono distribuite tra i dipartimenti, assegnandone quattro al dipartimento per i beni culturali e paesaggistici e due ciascuno agli altri tre. Il dipartimento da ultimo citato, oltre che al centro, ha un'articolazione anche territoriale, di pari livello dirigenziale generale, nelle Direzioni Regionali, che, nella propria area funzionale, costituiscono l'apparato cui resta affidata, direttamente o per mezzo delle Soprintendenze, la cura dei rapporti con le Regioni e le autonomie locali e la concreta realizzazione degli interventi.

I compiti attribuiti alle Direzioni Regionali, tutti di notevole spessore amministrativo, e le funzioni di snodo dell'azione amministrativa tra centro e territorio le configurano come una delle scelte forti del disegno organizzativo delineato. Il ruolo di stazione appaltante unitaria nel territorio di competenza – misura condivisibile tenuto conto della consistenza media delle professionalità amministrative presenti negli uffici periferici, l'organizzazione e gestione delle risorse strumentali e l'allocazione del personale degli uffici dipendenti appaiono attribuzioni atte ad incidere significativamente sull'esercizio delle funzioni dirigenziali dei Soprintendenti.

Le Direzioni Regionali costituiscono quindi un investimento amministrativo operato dal Ministero a patto che si riveli una scelta sostenuta con continuità nel tempo: il che esige che lo loro consistenza sia progressivamente e con equilibrio alimentata mediante l'assegnazione di un numero adeguato di unità di personale. Un ulteriore aspetto va evidenziato: si tratta della non inclusione nell'ambito operativo delle Direzioni Regionali delle reti degli Archivi e delle Biblioteche, che, notoriamente, ancor più delle Soprintendenze, necessitano di supporto amministrativo, attualmente, con difficoltà, fornito dal centro dalle Direzioni Generali di riferimento.

Altra struttura di notevole consistenza amministrativa è il Dipartimento per la ricerca, l'innovazione e l'organizzazione. Basti considerare, tra i compiti assegnati, l'istruttoria degli affari da sottoporre al CIPE; la preparazione delle intese di programma con le Regioni e del programma annuale e pluriennale degli interventi e dei relativi piani di spesa; la rilevazione del fabbisogno finanziario, la formulazione delle proposte per lo stato di previsione della spesa ed il riparto delle risorse tra i vari rami e livelli dell'amministrazione; la gestione del personale in tutti i suoi aspetti, compresa la distribuzione tra i Dipartimenti; la vigilanza sull'efficienza ed il rendimento degli uffici anche attraverso il servizio ispettivo. Risulta evidente come l'insieme di tali compiti, oggettivamente rilevanti e condizionanti la consistenza e l'operatività di tutte le strutture dell'amministrazione, abbia un carattere trasversale e pervasivo, che, sotto il profilo

strettamente tecnico-organizzativo, sembra discostarsi dai caratteri funzionali del modello previsto dall'art. 5, comma 1, del d.lgs. n. 300 del 1999, che affida ai dipartimenti compiti finali concernenti grandi aree di materie omogenee e i relativi compiti strumentali, compresi quelli di organizzazione e gestione delle risorse strumentali, finanziarie ed umane a ciascuno di essi attribuite.

4.2 Il personale dell'Amministrazione, centrale e territoriale.

MBAC - Distribuzione del personale – Anni 2000 – 2004

		Organico teorico*					Servizio effettivo*					Posti disponibili					Posti vacanti					Assegnati				
		2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
1	Dirig. Gen.						12	12	12	11	11	-12					-12					12	12	12	11	11
2	Dirig. II fascia	125	125	125	125	247	207	222	217	201	203	-82	-109	-104	-87	-89	-82	-109	-104	-87	-90	207	222	217	201	204
	1+2	*125*	*125*	*125*	*125*	*247*	*219*	*234*	*229*	*212*	*214*	*-94*	*-109*	*-104*	*-87*	*-89*	*-94*	*-109*	*-104*	*-87*	*-90*	*219*	*234*	*229*	*212*	*215*
3	R.E.						25	26	23	17	16	-25	-26	-23	-17	-16	-25	-26	-23	-17	-16	25	26	23	17	16
4	C3	2.015	2.015	2.015	2.015	2.015	1.918	1.933	1.932	1.898	1.872	97	82	83	117	143	74	55	61	97	122	1.940	1.959	1.950	1.916	1.889
5	C2	505	505	505	505	505	439	508	521	520	521	66	-3	-16	-15	-16	63	-7	-6	-9	-4	439	509	511	512	506
6	C1	3.994	3.994	3.994	3.994	3.994	3.579	3.637	3.610	3.576	3.575	415	357	384	418	419	353	284	338	388	425	3.640	3.709	3.656	3.605	3.567
	3+4+ 5+6	*6.514*	*6.514*	*6.514*	*6.514*	*6.514*	*5.961*	*6.104*	*6.086*	*6.011*	*5.984*	*553*	*410*	*428*	*503*	*530*	*465*	*306*	*370*	*459*	*527*	*6.044*	*6.203*	*6.140*	*6.050*	*5.978*
7	B3	1.758	1.758	1.758	1.758	1.758	1.481	1.664	1.642	1.628	1.607	277	94	116	130	151	291	103	138	160	173	1.462	1.650	1.620	1.593	1.571
8	B2	4.042	4.042	4.042	4.042	4.042	3.436	3.455	3.416	3.341	3.292	606	587	626	701	750	552	511	579	637	682	3.484	3.525	3.463	3.398	3.342
9	B1	10.606	10.606	10.606	10.606	10.606	8.957	9.048	8.931	8.684	8.467	1.649	1.558	1.675	1.922	2.139	1.572	1.472	1.658	1.852	2.075	9.003	9.102	8.948	8.749	8.522
10	A1	2.130	2.130	2.130	2.130	2.130	1.904	1.976	1.973	1.949	1.926	226	154	157	181	204	186	121	149	163	211	1.906	1.990	1.981	1.958	1.919
	8+9+10	*16.778*	*16.778*	*16.778*	*16.778*	*16.778*	*14.297*	*14.479*	*14.320*	*13.974*	*13.685*	*2.481*	*2.299*	*2.458*	*2.804*	*3.093*	*2.310*	*2.104*	*2.386*	*2.652*	*2.968*	*14.393*	*14.617*	*14.392*	*14.105*	*13.783*
	Totale	**25.175**	**25.175**	**25.175**	**25.175**	**25.297**	**21.958**	**22.481**	**22.277**	**21.825**	**21.490**	**3.217**	**2.694**	**2.898**	**3.350**	**3.685**	**2.972**	**2.404**	**2.790**	**3.184**	**3.578**	**22.118**	**22.704**	**22.381**	**21.960**	**21.547**

Fonte: MBAC – Dipartimento innovazione, ricerca e organizzazione.

Servizio effettivo: assegnati + distaccati in sede – distaccati fuori sede + com. in sede – com. fuori sede.

Posti disponibili: organico teorico - (assegnati + distaccati in sede - distaccati fuori sede + com. in sede – com. fuori sede).

Posti vacanti: organico teorico – assegnati – posti riservati.

*Il dato della dotazione organica teorica 2004 non corrisponde a quello del DPR 8 giugno 2004, n. 173; il dato del servizio effettivo 2004 non corrisponde alla situazione di fatto attestata dalla stessa Amministrazione.

In esecuzione del programma di lavoro delle Sezioni Riunite per l'esame del rendiconto 2004 è stata effettuata una prima ricognizione dell'evoluzione della situazione del personale del MBAC per il quinquennio 2000-2004. Il quadro che se ne è ottenuto è esposto nella tabella che precede. I dati, messi a disposizione dal Dipartimento per la ricerca, l'innovazione e l'organizzazione, presentano al momento alcuni aspetti, in ordine ai quali l'Amministrazione dovrà fornire opportuni chiarimenti.

Innanzitutto la nozione di organico teorico, che, ad esempio, per il 2004 si discosta di 150 unità da quello definito dal regolamento di organizzazione – DPR. n. 173 del 2003.

L'andamento della complessiva entità del personale appare, nel quinquennio, sostanzialmente stabile, essendo questo ramo di amministrazione rimasto estraneo al processo di trasferimento di funzioni alle Regioni ed agli Enti Locali.

Nell'insieme dei cinque anni l'organico risulta costituito da circa 25 mila unità, mediamente coperto da un numero di dipendenti in servizio di poco inferiore alle 22 mila unità. I posti disponibili/ vacanti hanno superato le 3 mila unità, tranne che nel 2001 e nel 2002. Il numero dei dipendenti assegnati supera quello del personale in servizio poiché comprende le unità in servizio presso il Ministero appartenente ad altre amministrazioni.

Con riferimento al personale in servizio effettivo nel 2004, si rilevano le incidenze percentuali delle quattro fasce di personale, nelle quali si sono aggregate le diverse aree funzionali per esigenze di semplicità di calcolo ed in riconoscimento dei loro prevalenti contenuti professionali e funzionali:

dirigenti 1,1 per cento; dipendenti svolgenti mansioni direttive, di norma in possesso di laurea 27,8 per cento; collaboratori di primo livello, di norma diplomati di scuola secondaria superiore 7,5 per cento; collaboratori delle rimanenti aree 63,6 per cento. Questo personale è così distribuito nei quattro principali settori operativi: a) amministrazione centrale 7 per cento; b) beni archeologici, architettonici, artistici e storici 65 per cento; c) beni archivistici 15 per cento; d) beni librari 13 per cento.

Le dotazioni organiche ex DPR. n. 173 del 2003 prevedono 282 dirigenti, di cui 35 dirigenti generali, e 24.900 dipendenti delle aree funzionali. I posti di funzione di dirigente generale sono così distribuiti: 4 capi dipartimento; 10 direttori generali; due vice capi di gabinetto; due componenti del collegio del SECIN; 17 per le direzioni regionali. L'Amministrazione ha in corso una verifica delle preposizioni, riguardante in particolare i dirigenti di II fascia.

Il personale in servizio al 31 dicembre 2004 presso gli uffici di diretta collaborazione era: 3 dirigenti con incarico di funzione di livello generale, di cui una in posizione di *staff* (art. 6, comma 4, d.lgs. n. 3 del 2004); 2 dirigenti di II fascia;11 esperti e consulenti (art. 2, comma 4, DPR. n. 307 del 2001);117 unità appartenenti alle aree funzionali.

Per la politica del personale, una segnalazione particolare merita un aspetto di sicuro rilievo e che l'Amministrazione solo in parte ha documentato, mancando di prospettare compiutamente gli scenari che si aprono per i prossimi anni. Si tratta di presentare la progressione dei collocamenti a riposo. Poiché soprattutto il personale di qualificazione scientifica e delle professionalità tecniche è più numerosamente presente nelle fasce di età più elevate, per il Ministero si determina la sicura prospettiva di non disporre, in un tempo non lontano, di un personale nell'immediato non fungibile. Il fenomeno, oltretutto, diventa via via più acuto come esito del blocco del *turn over*. E la situazione solo apparentemente sembra non investire la dirigenza, in quanto i dirigenti collocati a riposo, sarebbero sostituiti mediante progressioni interne; essi, in realtà si verrebbero a trovare nella quasi impossibilità di agire, privati come sarebbero dei più diretti collaboratori tecnico-scientifici. E', quindi, necessario che al più presto l'Amministrazione si doti di un quadro ragionato e completo della situazione che si approssima sulla base della ricognizione delle fasce di età del personale di tutte le aree, distribuito per competenze professionali. Per intanto le limitate proiezioni elaborate dicono che

nel 2005 andranno in pensione 352 dipendenti, di cui 23 dirigenti e 23 C3 (qualifiche più elevate); nel 2006 i collocamenti a riposo saranno 94, di cui 19 dirigenti e 4 C3.

Va, in fine, osservato come i dati sul personale forniti dal MBAC non risultino in linea con quelli della banca dati SICO della Ragioneria Generale dello Stato, che peraltro, al momento presente, non è tuttora in condizione di mettere a disposizione quelli relativi al 2004.

Il personale non di ruolo, addetto soprattutto ai servizi museali, ha raggiunto nel 2003 le 2.116 unità e nel 2004 un totale di 2.093.

4.3 I servizi informatici.

La nota preliminare allo stato di previsione della spesa dava notizia che nel 2004 si sarebbe dato corso al miglioramento del livello di sicurezza dell'infrastruttura TLC ed a un nuovo progetto del centro stella della rete privata virtuale del Ministero. Inoltre, il sistema informatico di contabilità sarebbe stato esteso agli uffici periferici costituenti centri di costo.

In proposito l'Amministrazione rende un'informazione dettagliata dei progetti realizzati nel corso del 2004, traduzione operativa dell'aggiornamento del piano messo a punto nel 2003. Essa è però non è accompagnata da dati finanziari e dalla collocazione nel contesto di un piano che ne faccia cogliere lo stato di avanzamento, i costi e le funzionalità acquisite. Anche la menzione dei tre progetti infrastrutturali: a) centri stella internet ed intranet del Collegio Romano; b) collegamenti Rupa in banda larga su intranet; c) rete integrata fonia-dati incontra gli stessi limiti.

4.4 Il Servizio di controllo interno.

Il SECIN ha dato un'efficace e sintetica informazione delle attività svolte nel 2004. Il Collegio di direzione è stato ricostituito dal Ministro il 23 luglio 2004 e la prevalente conferma dei componenti ha dato allo stesso Collegio l'opportunità di poter più agevolmente proseguire nelle attività avviate negli anni precedenti, soprattutto in un anno di transizione come è stato il 2004.

I temi sui quali il SECIN è intervenuto dimostrano che esso ricopre un duplice ruolo nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione: a) predisposizione della nota preliminare allo stato di previsione della spesa e delle direttive generali per l'azione amministrativa; elaboratore delle linee metodologiche e delle proposte organizzative per l'esercizio del controllo di gestione; adozione di un sistema per la valutazione dei dirigenti; b) verifica dei risultati raggiunti dai centri di responsabilità ed applicazione del sistema di valutazione dei dirigenti. A questi due poli di attività si aggiunge la conduzione di specifiche indagini tematiche di controllo di gestione: nel 2004 si è intervenuti sul monitoraggio delle contabilità speciali e sulle mostre organizzate dagli organi centrali e periferici del Ministero, avviando un'importante attività di rilevazione (visitatori, introiti, personale coinvolto, etc.).

Come si può rilevare il SECIN è chiamato ad operare su due versanti: il primo eminentemente propositivo nei confronti del vertice politico, finendo col risultare partecipe delle soluzioni adottate; il secondo di applicazione delle stesse soluzioni ed, in definitiva, di elaborazione delle valutazioni finali, cui si perviene per le verifiche dei risultati e per le *performances* dei dirigenti. Questa duplicità di compiti potrebbe esporre il Collegio, nell'esercizio dei compiti compresi nel secondo polo, a prestazioni di non perfetta indipendenza, essendo invece l'equilibrio nei giudizi il valore primo che lo stesso Collegio dovrebbe garantirsi ed aver garantito. Non casualmente, infatti, le considerazioni svolte nel § 3 circa la nota preliminare e le direttive si riverberano sulle attività del Collegio.

Si dà comunque atto al SECIN del buon livello delle indicazioni operative suggerite per le diverse situazioni, che, peraltro, nel 2004 non appaiono confortate, per aspetti che non è possibile imputare al Collegio, da decisivi passi avanti nell'introduzione generalizzata dell'esercizio del controllo di gestione nelle strutture dell'Amministrazione. Due tratti

colpiscono: la mancata presentazione di sia pur limitate e parziali sperimentazioni e l'assenza di notizie circa la possibilità di realizzare, sia pur progressivamente, l'infrastruttura informatica volta a veicolare le informazioni e i dati necessari per un consapevole esercizio della funzione, infrastruttura che nel 2003 lo stesso Collegio riteneva condizionante.

Come un possibile, importante tema da considerare nell'ambito dei programmi di lavoro del SECIN si segnala la necessità di far conquistare un grado di sufficiente significatività alle informazioni rese dallo stato di previsione della spesa e dal rendiconto, che attualmente si presenta del tutto deficitario. Si tratta di coniugare con accortezza la specificità delle missioni istituzionali dell'Amministrazione e delle sue articolazioni centrali e territoriali con le classificazioni vigenti. Ove esistessero vincoli derivanti dalle convenzioni statistiche comunitarie, si potrebbero studiare soluzioni alternative.

Il Ministero della salute

1. Considerazioni generali e di sintesi: *1.1 Le funzioni, le risorse, gli apparati; 1.2 Le relazioni con il sistema delle Autonomie.*
2. Quadro generale degli andamenti finanziari: *2.1 Profili generali; 2.2 Analisi delle poste di entrata; 2.3 Effetti della manovra correttiva di metà anno; 2.4 Auditing:* 2.4.1 Rispondenza dello stato di previsione al modello disegnato dalla legge n. 94 del 1997; 2.4.2 Le verifiche contabili.
3. Risultati dell'attività gestionale nei principali settori di intervento: *3.1 Il quadro programmatico generale ed il raccordo con i documenti di bilancio; 3.2 Gli obiettivi e la gestione delle risorse:* 3.2.1 La Qualità; 3.2.2 L'Innovazione; 3.2.3 La Prevenzione e la Comunicazione.
4. Strumenti: organizzazione, personale, nuove tecnologie: *4.1 L'assetto organizzativo:* 4.1.1 Profili normativi: decreti legislativi e regolamenti di organizzazione; 4.1.2 I nessi con il decentramento amministrativo; *4.2 Personale:* 4.2.1 Dirigenza; 4.2.2 Dirigenza sanitaria; 4.2.3 Contrattazione integrativa; *4.3 Nuove tecnologie.*

1. Considerazioni generali e di sintesi.

Dopo le complesse vicende ordinamentali esposte nelle precedenti relazioni e che hanno interessato diversi anni, l'esercizio trascorso rappresenta una fase di assestamento sia sotto il profilo organizzativo degli apparati ministeriali che della corrispondente configurazione contabile. Emergono peraltro talune discrasie e peculiarità, in parte riconducibili alle generali esigenze di rapportare alle coordinate dipartimentali adottate le scansioni programmatiche e gestionali delineate dalla legge n. 94 del 1997 di riforma del bilancio dello Stato.

In una più ampia prospettiva va tenuto conto dello stesso ruolo delle articolazioni centrali nel complesso sistema sanitario, in costante evoluzione sia nei profili ordinamentali che finanziari. La lettura e l'analisi dei dati programmatici e di quelli contabili deve quindi necessariamente tener presenti tali coordinate di fondo, che evidenziano la proiezione del ministero nel SSN, soprattutto nelle funzioni di monitoraggio. Da ciò il rilievo e l'attenzione per lo sviluppo del NSIS (Nuovo sistema informativo sanitario), così come della promozione della ricerca, della prevenzione e della comunicazione, del concorso al governo della spesa ed alla qualità dell'intero sistema sanitario.

In tale ottica, che richiede anche la valorizzazione di strumenti informativi e di supporto ad una maggiore funzionalità degli apparati, quali le misure di controllo gestionale avviate, non può non considerarsi che la misurazione e la valutazione dell'attività amministrativa va letta

soprattutto in termini di regolazione, programmazione e monitoraggio, piuttosto che in termini strettamente e tradizionalmente gestionali. Tali profili trovano conferma nell'allocazione di cospicue risorse destinate alla sanità nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, coinvolto in maniera prioritaria nel governo della spesa, ma anche nelle politiche di investimento, soprattutto nel crescente rilievo della Conferenza Stato-Regioni, nel cui ambito maturano sostanziali determinazioni del settore.

L'attività del Ministero a fronte del complesso ed evolventesi quadro istituzionale va dunque esaminata nella duplice correlata analisi di "sistema", per quanto trova momenti di programmazione e proposta in ambito ministeriale, ed in quella analitica della conformazione organizzativa e della correlata rappresentazione contabile, che per le ragioni accennate richiede specifici approfondimenti anche nella peculiarità delle scansioni programmatorie e di spesa. Queste evidenziano infatti, proprio per la pluralità dei soggetti coinvolti, con la frequente assunzione di impegni a fronte di atti programmatici e l'erogazione di risorse in termini soprattutto di trasferimenti e di atti convenzionali, la formazione di notevoli quote di residui, che se pur denotano una sensibile flessione nell'esercizio trascorso, restano comunque di consistente entità. Ciò vale in particolare per taluni investimenti, le cui risorse sono allocate direttamente nel bilancio del Ministero, ma che coinvolgono soggetti diversi ed esterni all'apparato.

La peculiarità delle articolazioni centrali, che si evidenzia anche nella composizione degli organi, emerge nell'assetto dell'Agenzia per il farmaco, così come nelle nuove strutture, quali il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, e si rinviene nella stessa fisionomia della dirigenza, quale quella sanitaria presso il Ministero, il cui contratto è stato esaminato dalla Corte con certificazione non positiva. Analoga non positiva valutazione è stata espressa anche in ordine alle convenzioni relative alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e con i medici specialisti ambulatoriali interni, ponendo fra l'altro nuovi profili sostanziali e procedurali di verifica della coerenza con gli strumenti di programmazione economica e finanziaria. Tali aspetti, resi più critici dalle persistenti difficoltà di ordine finanziario del settore, ripropongono, insieme alla novità di organismi e moduli, le esigenze di un adeguato monitoraggio dei flussi finanziari e gestionali dell'intero sistema sanitario.

1.1 Le funzioni, le risorse, gli apparati.

Il Ministero della salute è chiamato ad assolvere alle funzioni ricomprese nelle lettere *a)* e *b)* dell'art. 46 del d.lgs. n. 300.[1] Si ricorda che, ad inizio della XIV legislatura, l'art. 11 del decreto-legge n. 217 del 12 giugno 2001, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 317 del 3 agosto 2001, nel sancire, in difformità dall'originario disegno[2], l'autonomia del dicastero, ha ad esso trasferite le funzioni e le risorse già del Ministero della sanità, attribuendo i compiti spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema

[1] Le due aree funzionali (con riguardo alle funzioni di competenza statale), indicate dall'art. 47-ter del d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999, sono: 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).

[2] Va ricordato che in base all'originario disegno delineato dal d.lgs. n. 300 del 1999, che aveva trovato attuazione con il DPR n. 126 del 2001 era previsto l'accorpamento, in correlazione alle quattro aree funzionali complessivamente previste dall'art. 46 del d.lgs. n. 300, del Ministero della sanità in una più ampia articolazione deputata alla tutela del welfare ("Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali"). Vedasi anche Par. 4.1 *L'assetto organizzativo*.

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.

Va sottolineato che mentre il bilancio ed il rendiconto per l'esercizio 2003 risultavano ancora redatti sulla base di un'articolazione strutturale, ormai superata, corrispondente a quella disegnata dal DPR n. 435 del 7 dicembre 2000[3], emanato ai sensi dell'art. 55, comma 3 del d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999, il rendiconto 2004 rispecchia invece la diversa articolazione in tre Dipartimenti, in luogo dei due precedentemente previsti come definita dal DPR n. 129 del 28 marzo 2003, adottato in base agli articoli 47-bis, 47-ter e 47-quater aggiunti al d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999, dal citato DL n. 217 del 12 giugno 2001, convertito dalla legge n. 317 del 3 agosto 2001.

In un'ottica di riconduzione della gestione finanziaria alle funzioni, quali individuabili in base alla classificazione COFOG[4] dell'OCSE, va premesso in primo luogo che le risorse del Ministero della salute non riassumono che una poco significativa parte del complesso delle spesa sanitaria pubblica, sia per l'impatto primario delle risorse regionali in conseguenza dell'evoluzione avvenuta negli scorsi anni, che in ragione della allocazione di consistenti quote delle risorse statali destinate alla sanità nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, come emerge dal prospetto che segue.

Esercizio 2004

(migliaia di euro)

F.O.1° liv. SANITA'	Stanz. Def. Comp.	Massa impegn.	Impegni effettivi in c/comp.	Econ. di comp.	Res.Stanz.fin. compl.vi	Massa spend.	Aut. fin. Cassa	Pag. totali	Residui totali	Ec. Totali
MIN. ECONOMIA	9.682.125	9.733.202	8.797.415	884.710	0	17.447.516	12.909.144	8.750.626	7.492.437	1.204.453
MIN. DIFESA	10.410	10.410	10.410	0	0	10.535	10.410	10.411	0	124
MIN. POL. AGR.	1.189	1.189	1.108	81	0	1.917	1.867	1.065	552	301
MIN. SALUTE	1.368.642	1.400.658	1.294.611	22.729	55.476	3.008.899	2.181.060	1.538.069	1.417.441	53.378
TOTALE (BILANCIO)	**11.062.366**	**11.145.459**	**10.103.543**	**907.520**	**55.476**	**20.468.857**	**15.102.481**	**10.300.171**	**8.910.430**	**1.258.257**

Dall'analisi del rendiconto dello Stato per la intera divisione 7 (sanità) si rinvengono infatti nel 2004 complessivamente stanziamenti di competenza pari a 11.062,3 milioni, riconducibili al Ministero della salute solo per 1.368,6 milioni (su 1.421,9 milioni di stanziamenti per tale amministrazione); oltre a quello della salute, la maggior parte degli stanziamenti fa capo al Ministero dell'economia e finanze (9.682,1 milioni), mentre risorse quantitativamente minori concernono il Ministero della difesa (10,4 milioni) ed il Ministero delle politiche agricole e forestali (1,1 milioni). Alle risorse del rendiconto dello Stato espressamente considerate nella divisione 7 devono poi aggiungersi altre, anche di ordine perequativo, anch'esse allocate nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze[5]. Peraltro, sempre con riguardo alla

[3] Il provvedimento delineava un assetto del Ministero strutturato in due Dipartimenti, corrispondenti alle due 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).

[4] *Classification of Functions of Government*

[5] Va considerato che in bilancio rilevano anche altri stanziamenti dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze come quelli relativi alla compartecipazione regionale all'IVA, ed alla correlata finalità perequativa, non contabilizzati nella divisione 7. Tra questi rilevano quantitativamente le somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IVA, poste nel capitolo 2862, su autorizzazione della legge n. 56 del 2000 e della legge n. 289 del 2001, pari per il 2004 a 35,4 miliardi di euro, con pagamenti in conto competenza per circa 32,6 miliardi di euro.

classificazione COFOG, va comunque evidenziato che le risorse dello stato di previsione del Ministero della salute coinvolgono solo in minima parte anche altre voci funzionali diverse dalla divisione 7 (sanità).

A fronte delle due aree funzionali (Ordinamento sanitario e tutela della salute umana e sanità veterinaria) individuate dal d.lgs. n. 300 va peraltro considerato che l'art. 47-quater (anch'esso aggiunto all'originaria formulazione di tale provvedimento dall'art. 11 dal citato DL n. 217 del 12 giugno 2001, convertito nella legge n. 317 del 3 agosto 2001), stabilisce che il Ministero si articoli in Dipartimenti, in numero non superiore a quattro. Già nella previsione normativa emerge dunque una certa asimmetria tra le aree funzionali ed il numero dei dipartimenti, definito concretamente in tre dal DPR n. 129 del 28 marzo 2003, (rispetto ai due precedentemente previsti). I Dipartimenti, la cui stessa denominazione (Dipartimento della qualità; Dipartimento dell'innovazione; Dipartimento della prevenzione e della comunicazione) intende rimarcare una diversa collocazione degli apparati centrali nel sistema, sono a loro volta articolati in Direzioni generali (definite nel numero di dieci rispetto alle undici preesistenti). Ai Dipartimenti è affidato l'esercizio delle funzioni amministrative ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 300 del 30 luglio 1999, per la realizzazione di politiche pubbliche che, come emerge chiaramente anche nei documenti programmatici di settore, coinvolgono il più delle volte diversi livelli decisionali, e per le quali al Ministero della salute è riconosciuto un ruolo prevalentemente propositivo, di supporto e di monitoraggio nel policentrico sistema della sanità.

In tale prospettiva si collocano sia l'Agenzia per i servizi sanitari nazionali, cui è affidato in particolare[6] un ruolo di supporto tecnico e scientifico nei confronti delle Regioni, "nell'ambito delle politiche di autocoordinamento che esse perseguono" per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e per un maggior controllo degli andamenti della spesa, che l'Agenzia per il farmaco, istituita con effetto dal 1° gennaio 2004[7] al fine di garantire l'unitarietà delle attività in materia di farmaceutica e di favorire in Italia gli investimenti in ricerca e sviluppo. Emblematica al riguardo è la previsione che l'Agenzia per il farmaco[8] è chiamata a svolgere, oltre ai compiti già affidati alla Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici[9], funzioni di "alta consulenza tecnica" in materia di politiche per il farmaco al Governo ed alla Conferenza Stato-Regioni[10]. Viene fatto un esplicito riferimento alla ricerca, agli investimenti delle aziende in ricerca e sviluppo, alla produzione, alla distribuzione, alla informazione scientifica, alla regolazione della promozione, alla prescrizione, al monitoraggio del consumo, alla sorveglianza sugli effetti avversi, alla rimborsabilità e ai prezzi dei farmaci. Di particolare rilievo sono in questa logica le funzioni previste per l'Agenzia, volte a raccordare profili scientifici e di adeguatezza con il rispetto dei livelli di spesa programmata nei "vigenti documenti contabili di finanza pubblica"[11]. In relazione a ciò è funzionale il

---

[6] Vedasi gli indirizzi esplicitati dalla Conferenza Unificata nella seduta del 19 giugno 2003, che aggiornano quelli già espressi in precedenza (16 dicembre 1999).

[7] La norma istitutiva è l'art. 48 del DL n. 269 del 30 settembre 2003, convertito con modificazioni nella legge n. 326 del 24 novembre 2003, facente parte della decisione di bilancio per il 2004.

[8] L'Agenzia per il farmaco, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, patrimoniale, finanziaria e gestionale. è sottoposta alle funzioni di indirizzo del Ministero della salute e alla vigilanza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze. La Corte dei conti esercita il controllo sulla gestione ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge n. 20 del 1994.

[9] Con esclusione di talune funzioni: si tratta di quelle di cui alle lettere *b*), *c*), *d*), *e*) ed *f*) del comma 3, dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2003, n. 129.

[10] Gli organi dell'Agenzia, da nominarsi con decreto del Ministro della salute, evidenziano anch'essi la collocazione peculiare del nuovo ente nel sistema sanitario. Il Direttore generale è infatti nominato sentita la Conferenza Stato-Regioni; il consiglio di amministrazione è costituito da un Presidente designato dal Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza, e da quattro componenti, di cui due designati dal Ministro della salute e due dalla Conferenza; il collegio dei revisori dei conti è costituito da tre componenti, di cui uno designato dal Ministro dell'economia e delle finanze, con funzioni di presidente, uno dal Ministro della salute e uno dalla Conferenza.

[11] In particolare l'Agenzia provvede entro il 30 settembre di ogni anno, o semestralmente nel caso di sfondamenti del tetto di spesa, a redigere l'elenco dei farmaci rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale, sulla base dei criteri di

monitoraggio della utilizzazione dei rendiconti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera a carico del SSN e di quella a carico del cittadino, attività per le quali è previsto il supporto dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali (OSMED), in collaborazione con le stesse Regioni e le Province autonome[12].

Nel corso del 2004 si è proceduto alla attuazione delle disposizioni normative primarie sia sotto il profilo organizzativo che dei riflessi contabili, con la definizione (Regolamento 20 settembre 2004, n. 245) dell'assetto dell'Agenzia per il farmaco; questa si è avvalsa, per la gestione contabile e per le attività amministrative non direttamente esercitabili, fino al 31 dicembre 2004 delle strutture ministeriali (così come previsto dall'art. 27 del Regolamento ora citato e dall'apposito "decreto ponte" 25 novembre 2004).

In una ottica di collaborazione tra strutture centrali e regionali si pone il "*Centro di collegamento Agenzia-Regioni*", previsto dall'art. 20 del Regolamento, che si avvale degli Osservatori nazionali già esistenti[13]. In particolare il Centro[14], al fine di assicurare una stretta collaborazione tra l'Agenzia e le Regioni, svolge attività di studio e consultive, e specificamente effettua analisi degli andamenti e degli scostamenti rispetto al tetto programmato e dei fattori determinanti la spesa farmaceutica nazionale e regionale a carico del Servizio sanitario nazionale, con riguardo alla spesa farmaceutica ospedaliera, a quella derivante dalla distribuzione diretta ed all'onere a carico del cittadino, sulla base dei dati forniti dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED); le analisi si estendono alle forme ed alle modalità di distribuzione e di rimborso a livello regionale. Il Centro assicura altresì il raccordo dei flussi informativi sui farmaci nell'ambito del sistema informativo del Ministero della salute e delle Regioni; promuove le politiche e la valutazione dei risultati della prescrizione dei farmaci generici a livello nazionale e regionale; formula proposte per definire le modalità di analisi e gli indicatori per la trasmissione alle Regioni dei dati degli Osservatori nazionali, nonché per il coordinamento e la incentivazione delle politiche di informazione e di pubblicità dei farmaci, per la farmacovigilanza e per la sperimentazione clinica[15].

Tra i più rilevanti provvedimenti legislativi intervenuti nell'esercizio trascorso, anche con un impatto di nuovi stanziamenti di bilancio, si evidenziano la legge n. 40 del 2004 "*Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*" - con cui sono stati stabiliti nuovi finanziamenti per trasferimenti alle Regioni, studi e ricerche, campagne di informazione e di prevenzione e per il funzionamento del relativo registro nazionale - ed il DL 29 marzo 2004, n. 81, convertito dalla legge 26 maggio 2004, n. 138 recante "*Interventi urgenti per fronteggiare*

---

costo e di efficacia in modo da assicurare, su base annua, il rispetto dei livelli di spesa programmata e ad effettuare in sede di revisione ordinaria del prontuario, nel caso di immissione di nuovi farmaci comportanti vantaggio terapeutico aggiuntivo, una specifica valutazione di costo-efficacia, assumendo come termini di confronto il prezzo di riferimento per la relativa categoria terapeutica omogenea ed il costo giornaliero comparativo nell'ambito di farmaci con le stesse indicazioni terapeutiche. Il comma 165 dell'art. 1 della legge n. 311 del 2004 ribadisce l'obbligo in capo all'Agenzia di garantire, per la quota a carico dello Stato, il livello della spesa farmaceutica stabilito dalla legislazione vigente. Nell'ambito delle annuali direttive del Ministro della salute all'Agenzia è pertanto incluso il conseguimento dell'obiettivo del rispetto del livello della spesa farmaceutica.

[12] I dati del monitoraggio sono comunicati mensilmente al Ministero dell'economia e delle finanze.

[13] All'Agenzia sono stati trasferiti gli Osservatori nazionali: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, istituito dall'articolo 68, comma 7, della legge n. 448 del 1998; Osservatorio sulle sperimentazioni di cui all'articolo 11, comma 4, del d.lgs. n. 211 del 23 giugno 2004; Osservatorio sulle reazioni avverse di cui al d.lgs. n. 95 dell' 8 aprile 2003.

[14] Il Centro di collegamento tra l'Agenzia e le Regioni è costituito con delibera del Consiglio di amministrazione. È composto da dieci membri, di cui cinque designati dal Consiglio di amministrazione e cinque dalla Conferenza Stato-Regioni ed è presieduto da uno dei componenti designati dalla Conferenza Stato-Regioni. Il Centro è rinnovato ogni cinque anni.

[15] Di notevole rilievo operativo ed anche strategico appare la istituzione della Banca Dati centrale finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo, in applicazione dell'art. 40 della legge n. 39 del 2002 (legge comunitaria 2001), cui ha fatto seguito un atto di programmazione della spesa, in data 2 dicembre 2004, per 500 mila euro a valere sul capitolo 3148.

situazioni di pericolo per la sanità pubblica"[16]. Con tale legge è stato istituito presso il Ministero il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie con analisi e gestione dei rischi, previamente quelli legati alle malattie infettive e diffusive e al bioterrorismo[17]. La norma istituisce anche un Istituto di riferimento nazionale specifico sulla genetica molecolare e su altre moderne metodiche di rilevazione e di diagnosi, collegato con l'Istituto superiore di sanità e altre Istituzioni scientifiche nazionali ed internazionali, con sede in Milano, presso l'Ospedale Maggiore, denominato Fondazione "Istituto nazionale di genetica molecolare INGM", prevedendo anche il finanziamento per progetti di ricerca in collaborazione con gli Stati Uniti d'America, per il potenziamento dell'attività del centro nazionale e dei centri di riferimento interregionali dei trapianti e per la realizzazione del programma di prevenzione secondaria in campo oncologico. Di tali significative innovazioni intervenute nel 2004 va seguita attentamente l'attuazione in raccordo con le ordinarie procedure e funzioni amministrative ed in particolare con quelle di natura contabile.

1.2 Le relazioni con il sistema delle Autonomie.

Il disegno organizzativo del Ministero e degli Organismi collegati è emblematico di un particolare atteggiarsi di relazioni con il sistema delle Autonomie, che ne qualifica i profili funzionali e quelli programmatici, generali (come il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005[18]) e settoriali. Come la Corte ha già evidenziato, i più rilevanti obiettivi individuati nei documenti programmatici e che caratterizzano lo svolgimento dell'attività dell'amministrazione si inseriscono in un percorso complesso, che interagisce con il sistema delle Regioni e delle aziende sanitarie, richiedendo decisivi momenti di cooperazione dei diversi livelli decisionali, anche all'interno dello stesso Governo centrale. Tali aspetti si colgono, oltre che nella peculiarità dei documenti programmatici, anche nella complessità degli interventi di riordino normativo, che in parte vanno oltre quelli del solo apparato ministeriale per investire l'intero sistema[19], e nel concreto dispiegarsi delle politiche della salute. Ciò appare evidente con riguardo alla problematica relativa ai livelli essenziali di assistenza (LEA), alla ricerca, alle politiche per investimenti, ed in particolare al sistema informativo, di cui la Corte ha più volte sottolineato il valore strategico, che oggi assume ulteriore rilievo anche per l'adozione di misure perequative in linea con la nuova disciplina costituzionale[20].

In tale evolventesi quadro ordinamentale[21] va evidenziato il ruolo sempre più decisivo, sia dal punto di vista istituzionale che operativo, degli Accordi e delle Intese definite nella sede

---

[16] Pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 125 del 29 maggio 2004.

[17] Il centro opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), gli Istituti zooprofilattici sperimentali, con le Università, con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della sanità militare. Il centro opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della salute. Per l'attività ed il funzionamento del Centro, comprese le spese per il personale, è autorizzata la spesa di 32.650.000 euro per l'anno 2004, 25.450.000 euro per l'anno 2005 e 31.900.000 euro a decorrere dall'anno 2006.

[18] DPR 23 maggio 2003 in G.U. n. 95 del 18 giugno 2003.

[19] Si ricorda che nel 2003 è avvenuto il riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), con il d.lgs n. 288 del 16 ottobre 2003, (in base all'art. 42 della legge n. 3 del 13 gennaio 2003).

[20] Tra i principi costituzionali, rilevano con riguardo al settore, in particolare, oltre all'art. 32, che affida allo Stato la "tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", l'art. 117, comma 2, che riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la perequazione delle risorse finanziarie (lett. *e*), la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (lett. *m*) ed il "coordinamento informativo, statistico ed informatico dell'amministrazione centrale, regionale e locale" (lett. *r*), mentre alla potestà legislativa concorrente è affidato il coordinamento della finanza pubblica.

[21] In tale complessa evoluzione degli apparati si innesta il disegno di legge costituzionale n. 2544-B recante "Modifiche alla parte seconda della Costituzione", approvato dal Senato nella seduta del 23 marzo 2005, confermando il testo già approvato dalla Camera dei Deputati in data 15 ottobre 2004. In base a tale provvedimento,

della Conferenza Stato-Regioni[22], nel cui ambito 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 appositi momenti di confronto e di collaborazione. Emblematici al riguardo sono sia i "tavoli tecnici" che le sedi di confronto più propriamente politico-istituzionale. All'Accordo dell'8 agosto 2001[23], il cui contenuto era stato recepito dal. DL n. 347 del 18 settembre 2001, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405, ha fatto di recente seguito l'Intesa sancita tra Governo e Regioni in data 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 5 giugno 2003, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge n. 311 del 30 dicembre 2004[24].

La normativa della legge finanziaria per il 2005, sulla cui base è stata sancita l'Intesa, stabilisce il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione - con esclusione di quelli per il personale, cui si applica la specifica disciplina di settore - secondo modalità atte a garantire che, complessivamente, tale crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi. Viene sancito l'obbligo in capo alle Regioni di garantire in ogni caso, in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, ospedaliere, ospedaliere universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio delle gestioni.

L'Intesa, nell'ancorare l'erogazione delle maggiori risorse ad una serie di adempimenti volti ad assicurare l'equilibrio economico-finanzario, prevede altresì la possibile stipula di specifici accordi tra Stato e Regioni. Tali accordi mirano a garantire, nel perseguimento degli obiettivi di equilibrio economico-finanziario, la tutela dei livelli essenziali di assistenza, per i quali di rilievo sempre maggiore risulta il relativo monitoraggio[25]. In tal senso l'Intesa prefigura

---

tra l'altro, alle Regioni viene riconosciuta la potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza ed organizzazione sanitaria.

[22] Vanno anche ricordati gli Accordi del 3 agosto 2000 e del 22 marzo 2001.

[23] Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 7 settembre 2001.

[24] Tale norma dispone che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 164 dell'art. 1 della legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria per il 2005), rispetto al livello di cui all'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 5 giugno 2003. Il comma 164 dell'art. 1 della stessa legge n. 311 del 2004 prevede che per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007. Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del DL n. 347 del 18 settembre 2001, convertito nella legge n. 405 del 16 novembre 2001, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003; a tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005, da ripartire tra le Regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

[25] Il comma 169 dell'art. 1 della legge n. 311 del 2004 prevede al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle Regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge n. 289 del 2002 per le prestazioni già definite dal DPCM 29 novembre 2001 e successive modificazioni, che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge n. 400 del 1988, dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, vengono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi relativi ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza Stato-Regioni anche al fine di garantire che le modalità di erogazione degli stessi siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, A tal fine ci si avvale della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA (c.d. "di manutenzione" C-LEA) di cui all'articolo 4-*bis*, comma 10, del DL

sia un tavolo tecnico, che uno politico per la verifica degli adempimenti normativamente previsti e ribaditi nello stesso atto, attraverso la istituzione di un Comitato paritetico permanente per la verifica dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

Il Comitato, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari nazionali, utilizza i flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a cui la stessa Intesa dedica primaria attenzione, sia sotto il profilo della obbligatorietà degli adempimenti che a fini di verifica degli andamenti gestionali e finanziari. L'Intesa sancisce infatti che per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio sanitario nazionale, ci si avvale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (art. 3, comma 1) e che la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del NSIS - in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e le esigenze di monitoraggio dei livelli nazionale, regionale e locale del SSN - sono affidati alla Cabina di Regia (art.3, comma 4). In particolare l'Intesa sancisce che il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario, sulla base di criteri fissati dalla Cabina di Regia, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento previsto. Si stabilisce dunque una relazione diretta fra dati del sistema informativo, criteri di ripartizione ed erogazione delle risorse e definizione ed operatività di strumenti e modalità affidabili e uniformi in tutto il territorio nazionale necessarie per il monitoraggio dei LEA.

L'Intesa definisce dunque ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario insieme al rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione. In tal senso va letto l'impegno alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, cui si accompagna la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione[26] e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale.

Come già evidenziato, il Sistema Informativo assume ulteriore rilievo strategico anche per l'adozione di misure perequative in linea con la nuova disciplina costituzionale. In ordine ai nuovi meccanismi fiscali e perequativi, da disegnare in coerenza alla attuazione del nuovo disegno delineato dal Titolo V della Costituzione, e che presuppongono, come è noto, un accordo nella sede della Conferenza Unificata, si osserva che tale disciplina è ancora da definire; in particolare per quanto riguarda la conclusione dei lavori dell'Alta Commissione prefigurata dall'art. 3 della legge finanziaria 2003, questi sono stati da ultimo prorogati, in base alla legge n. 257 del 19 ottobre 2004, (art. 1- *quinquies*), al 30 settembre 2005[27].

Vanno dunque seguiti con particolare attenzione gli sviluppi del sistema, di rilevanza non solo tecnica, ma finanziaria ed anche di rilievo istituzionale, per le modalità di collaborazione e confronto ai diversi livelli di governo e di gestione[28]. In tal senso è di particolare rilievo la

---

n. 53 del 15 aprile 2002, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 112 del 15 giugno 2002.

[26] L'Intesa prevede altresì obblighi informativi per le Regioni nei confronti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie con analisi e gestione dei rischi, istituito dal decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito dalla legge n. 138 del 26 maggio 2004.

[27] La disciplina recata dal d.lgs. n. 56 del 2000 doveva essere adeguata in base all'art 4 del DL n. 314 del 30 dicembre 2004, convertito nella legge n. 26 del 1° marzo 2005, entro il 30 aprile 2005, termine anch'esso prorogato al 30 settembre 2005. Si attende dunque la definizione della nuova disciplina compatibile con i nuovi principi fissati dall'art. 119 della Costituzione.

[28] Nell'ambito del Sistema informativo e più precisamente dei "Sistemi di governo" si elaborano le informazioni, fornite dalle aziende locali e dalle Regioni, necessarie per valutare lo stato del SSN e permettere lo svolgimento della funzione di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza. Si tratta della raccolta di una serie di flussi informativi, regolati da decreti ministeriali relativi fra l'altro a: strutture sanitarie, personale del SSN, spesa sanitaria corrente,

previsione che le Regioni si impegnino alla adozione di modelli di contabilità analitica per centri di costo in grado di consentire analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle diverse strutture sanitarie[29].

In definitiva, nella peculiare logica di cooperazione e confronto, in cui gli aspetti gestionali si misurano costantemente con i correlati profili di ordine finanziario e le dinamiche complessive di finanza pubblica (il che spiega il rilievo della partecipazione del Ministero dell'economia e delle finanze), sempre maggiore è la rilevanza degli strumenti di rilevazione, analisi e valutazione dei dati complessivi sul funzionamento e la qualità dei servizi sanitari.

Anche in base a tali ultime previsioni si conferma dunque la peculiare configurazione degli apparati centrali nel sistema sanitario, caratterizzati, oltre che da una diversa fisionomia del ministero, da una compartecipazione, anche a livello di altri organismi, delle diverse componenti interessate alle problematiche del SSN, in un ruolo crescente delle Regioni e della Conferenza Stato-Regioni, chiamata a rappresentare la sede di confronto e composizione nella costruzione delle linee programmatiche, nel riparto delle risorse finanziarie e nelle stessa definizione delle concrete "regole" del settore.

Taluni profili problematici sono emersi anche nella sede istruttoria del controllo, che ha rilevato l'inidoneità - peraltro motivata anche dalla tardiva costituzione della Consulta nazionale antialcol, avvenuta solo con DM n. 199 del 5 giugno 2004 - di considerare assorbito in una ripartizione di fondi definita nella sede della Conferenza Stato-Regioni, l'atto programmatorio e di definizione dei criteri previsto dalla legge n. 125 del 2001, in tema di monitoraggio dei dati alcolici. I riflessi più propriamente contabili si colgono anche nella peculiarità di impegni fondati appunto su atti di natura programmatica, che evidenziano, anche per la pluralità degli attori coinvolti, tempi più lunghi e profili specifici nelle scansioni della spesa.

Emblematico di un complessivo diverso assetto istituzionale è l'art. 52, comma 27, della legge n. 289 del 27 dicembre 2002, che prevede che con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, si disciplini il procedimento di contrattazione collettiva relativo agli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001[30].

Le criticità del settore, poste in evidenza nel volume primo di questa relazione e più ampiamente esaminate nei referti della Sezione delle Autonomie, cui si fa rinvio per una più dettagliata analisi degli andamenti finanziari del settore, sono alla base proprio delle delibere della Corte relative alle ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992) e per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi – art. 48 della legge n. 833 del 1978 ed art. 8 d.lgs. n. 502 del 1992) sottoscritte rispettivamente in data 20 gennaio 2005 e 9 febbraio 2005. Nella fattispecie – esaminata ai sensi dell'art. 5, comma 4, dell'accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano del 24 luglio 2003 sulla disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale – oltre alla non esaustiva quantificazione degli oneri contrattuali, è stata infatti

---

investimenti previsti, prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), consumi farmaceutici.

[29] In tale ottica riveste particolare rilievo il "Progetto Mattoni" finalizzato ad avere dati certi, tempestivi e omogenei e metodi di misura uniformi relativamente all'assistenza sanitaria erogata sul territorio nazionale, pur a fronte di modelli organizzativi sempre più diversificati, in relazione all'autonomia regionale. Si segnala poi che nel corso del 2004, attraverso il DM 15 luglio 2004, è stato incluso nella progettualità del Nuovo Sistema Informativo Sanitario il sistema di monitoraggio delle confezioni medicinali, concepito a fini di rafforzamento delle misure di contrasto delle possibili frodi nel commercio di farmaci.

[30] Tale accordo è intervenuto in data 24 luglio 2003. Vedasi il cap. 2805 di nuova istituzione.

rilevata[31] la mancanza di una corretta individuazione da parte della SISAC[32] delle fonti di finanziamento idonee a supportare il costo dei rinnovi contrattuali relativi al personale convenzionato, all'interno di un quadro di ragionevole sostenibilità dei bilanci delle singole amministrazioni. Nella successiva delibera n. 12 del 6 maggio 2995, trasmessa al Parlamento ai sensi dell'art. 5, comma 6, dell'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003, la Corte ha confermato le osservazioni già mosse, inquadrandole anche alla luce dei più generali andamenti finanziari del settore. Di particolare rilievo è il richiamo all'esigenza di disporre di sufficienti informazioni sugli oneri contrattuali e più in generale di assicurare una adeguata funzione di monitoraggio della spesa sanitaria, come peraltro ribadito nella Intesa del 23 marzo 2005.

2. Quadro generale degli andamenti finanziari.

2.1 Profili generali.

Per il 2004 i principali dati contabili evidenziano per il Ministero stanziamenti definitivi pari a 1.421,9 milioni (nel 2003 erano 1.401,5 milioni), con un forte incremento rispetto alle previsioni iniziali, pari a 1.102,3 milioni (905,1 milioni nel 2003)[33].

Anche nel 2004 si è registrata una sensibile differenza tra stanziamenti iniziali e definitivi, come emerge dalla tabella che segue[34].

[31] Delibera SS.RR.: n. 8 del 2005.

[32] Struttura interregionale sanitari convenzionati (prevista dall'art. 52, comma 27, della legge n. 89 del 27 dicembre 2002).

[33] Nella nota preliminare per il 2005 le previsioni ammontano a 1.169,6 milioni per le spese correnti e a 111,5 milioni per quelle in conto capitale, per un totale di 1.281,2 milioni.

[34] Va considerato che per i capitoli collegati al diretto funzionamento delle strutture una differenza tra stanziamenti iniziali e stanziamenti definitivi può essere ricondotta all'attuazione della normativa che prevede la possibilità di intervenire a seguito dell'evolversi della gestione attraverso variazioni compensative e l'utilizzo del fondo da ripartire per eventuali maggiori esigenze di spese per consumi intermedi. Va inoltre considerato il particolare impatto, per alcuni capitoli di bilancio, conseguente alla possibilità di adeguare lo stanziamento con riassegnazioni dalle entrate, come più ampiamente riferito sub 2.2 per il 2004.