

La necessità di assicurare l'invarianza della spesa e di non superare il numero di posti di organico complessivi – relativi, cioè, all'intero corpo del personale del Ministero – vigenti alla data del 29 settembre 2002, posta dall'art. 34, comma 2, della legge n. 289 del 2002, ha imposto di compensare l'aumento del numero dei dirigenti generali con la soppressione, oltre dei 16 posti di dirigente di II fascia, anche di 78 posti nell'organico del personale delle aree funzionali.

Alla fine dell'anno 2005 è sopravvenuta una nuova rideterminazione della dotazione organica disposta dal dPCM 12 ottobre 2005³² in attuazione dell'art. 1, comma 93, della legge n. 311 del 2004. Essa conferma il numero di uffici dirigenziali generali (35+6), che restano distribuiti come nel 2004; gli uffici dirigenziali di II fascia subiscono un ulteriore taglio, scendendo a 229 unità (-18 rispetto al 2004, -7 per cento; -34 rispetto al 2003, -13 per cento). La distribuzione dei 229 posti di II fascia tra le strutture centrali e periferiche dell'Amministrazione è stata operata dal decreto 17 febbraio 2006³³ nei seguenti termini: 66 posti attribuiti all'amministrazione centrale (28,8 per cento), di cui 18 posti destinati ai servizi ispettivi, e 163 posti per l'amministrazione periferica (71,2 per cento).

La distribuzione del personale in servizio per fasce di età rilevata dall'Amministrazione è stata la seguente.

Nel 2003 dei 18 dirigenti generali³⁴, 7 si collocavano tra i 45 ed i 49 anni; 6 nella fascia 50-54 anni; 5 avevano un'età compresa tra i 55 ed i 59 anni.

I 225 dirigenti di II fascia si distribuivano per circa il 5 per cento tra i 40 ed 44 anni; per il 44,4 per cento tra i 45 ed 49 anni; per il 32,4 per cento tra i 50 ed i 54 anni; per il 18,2 per cento tra i 55 ed i 59 anni.

Nel 2004 tra i 35 dirigenti generali 1 si trovava tra i 40 ed i 44 anni di età; 8 si collocavano tra 45 e 49 anni; 7 tra 50 e 54 anni; 10 avevano superato i 55 e non ancora 59 anni; 7 avevano tra 60 e 64 anni; 2 oltre 65 anni.

Con gli stessi limiti dell'anno precedente, il 4,4 per cento dei dirigenti di II fascia aveva non meno di 40 ma non più di 44 anni; il 26 per cento apparteneva alla fascia 45-49 anni; il 33,3 per cento a quella 50-54 anni; il 31,4 per cento si trovava tra 55 e 59 anni; il 4,9 per cento aveva superato i 60 ma non aveva raggiunto i 65 anni.

Per poter cogliere tutte le implicazioni che questo tipo di analisi sarebbe in grado di fornire si dovrebbe conoscere l'appartenenza dei dirigenti ai profili professionali.

Il regolamento di organizzazione del Ministero – d.P.R. n. 173 del 2004 – a seguito della rideterminazione delle dotazioni organiche del personale, ha previsto la ripartizione dei relativi contingenti nelle strutture centrali e periferiche (art. 23, comma 5 in relazione ai commi 2 e 3), che non risulta tuttora disposta.

Nel contesto dell'assetto organizzativo prescelto un aspetto decisivo ai fini dell'efficace erogazione dei servizi, che accomuna sia l'apparato centrale sia l'articolazione territoriale dell'Amministrazione, è costituito dall'esigenza di garantire un'azione unitaria e adeguatamente coesa. L'esigenza va soddisfatta, al centro, mediante raccordi tra direzioni generali e Dipartimenti e, in periferia, tra Soprintendenze e Direzioni generali regionali. Infatti, la relazione che accompagna lo schema di regolamento successivamente emanato con il d.P.R. n. 173 del 2004, presenta l'introduzione dei dipartimenti quale struttura ritenuta più idonea ad assicurare il coordinamento delle molteplici e peculiari competenze del Ministero, e l'istituzione degli uffici Dirigenziali generali territoriali, sovraordinati alle Soprintendenze di settore,

³² Pubblicato nella G.U. n. 285 del 7 dicembre 2005.

³³ Pubblicato nella G.U. n. 92 del 20 aprile 2006.

³⁴ Il dato fornito dall'Amministrazione evidenzia che nel 2003 sono stati in servizio 6 dirigenti generali oltre le 12 unità costituenti la dotazione organica. Per la ricostruzione della situazione si rinvia alla relazione della Corte concernente il riordino della dirigenza statale, approvata con la deliberazione n. 24/2004/G della Sezione centrale del controllo di gestione.

finalizzata ad ottimizzare il rapporto esistente tra le varie strutture ed a creare un efficace riferimento per i rapporti con le Regioni. Come sviluppo di questa logica organizzativa, appare, quindi, opportuno sottoporre ad analisi la rete periferica degli uffici in rapporto alla consistenza del patrimonio culturale insistente sul territorio ed all'entità dei bacini di utenza. L'ambito di competenza delle direzioni generali regionali, riferito all'area dei beni culturali e paesaggistici con esclusione dei beni archivistici e librari, può essere riconsiderato, raccogliendo la sollecitazione, che proviene anche dall'interno della stessa Amministrazione, ad eliminare la limitazione per consentire lo svolgimento di un'azione integrata, e, quindi, di migliore efficacia, volta a far cogliere più agevolmente alla collettività dei residenti e dei turisti i valori espressi dai beni culturali presenti sul territorio.

Questi temi meritano di essere considerati in occasione della verifica degli assetti organizzativi e della loro rispondenza alle esigenze operative del Ministero, al fine di accertarne la funzionalità ed efficienza, prevista dall'art. 23, comma 13, del d.P.R. n. 173 del 2004.

4.2. Il personale.

È stato condotto un approfondimento sulla situazione del personale negli anni 2004 e 2005. Ne vengono presentati gli esiti, cui si è pervenuti mediante l'esame dei disegni di legge di approvazione del bilancio dello Stato, delle leggi di approvazione del rendiconto generale, delle tavole ad essi allegate, del conto annuale, nonché dei dati forniti dalla stessa Amministrazione. Sono poste a raffronto le dotazioni organiche con le presenze in servizio al 31 dicembre e viene indicata la spesa complessiva sostenuta insieme a quella unitaria per dipendente. I calcoli effettuati hanno reso possibile individuare anche l'importo medio messo a diretta disposizione di ciascun dipendente.

Il personale considerato appartiene alle categorie: *a)* dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato; *b)* estranei in servizio presso gli uffici di diretta collaborazione; *c)* lavoratori socialmente utili (LSU); *d)* comandati. L'esposizione comprende il personale addetto agli uffici di diretta collaborazione.

Occorre ricordare che la situazione rappresentata non fornisce un quadro nazionale, non comprendendo il personale che opera nel settore dipendente delle Regioni Valle d'Aosta e Sicilia (ad eccezione del settore archivi) e delle Province autonome di Bolzano e Trento.

4.2.1. Evoluzione della consistenza e della distribuzione (per aree e livelli) del personale in relazione alle politiche di contenimento della spesa.

Della dotazione organica dei dirigenti si è detto nel paragrafo 4.1; in questo paragrafo si tiene comunque conto del numero totale dei dirigenti per conoscere la consistenza complessiva del personale (dirigenti ed aree funzionali).

La dotazione organica determinata dal d.P.R. n. 173 del 2004 era costituita da 25.182 unità, di cui 282 (1,1 per cento) dirigenti e 24.900 appartenenti alle aree³⁵. Le 35 posizioni di dirigente generale, alle quali, come si è visto, vanno aggiunte le ulteriori 6 attivabili, fino al gennaio 2007, per il disposto del comma 4 dell'art. 6 del d.lgs. n. 3 del 2004, rappresentavano lo 0,14 per cento ed il 12 per cento, rispettivamente, dell'intera dotazione e del numero complessivo di dirigenti.

Il dPCM 12 ottobre 2005 ha ridotto la dotazione a 23.324 unità (-7,4 per cento), di cui 264 dirigenti (-6,4 per cento) e 23.060 appartenenti alle aree (-7,4 per cento). Le 35 posizioni dirigenziali generali confermate sono divenute lo 0,15 per cento ed il 13 per cento, rispettivamente, della nuova consistenza numerica complessiva e di quella propria dei dirigenti. La riduzione è effetto dell'applicazione dell'art. 1, comma 93, della Legge Finanziaria 2005

³⁵ La dotazione vigente negli anni 2002-2003-2004 (primo semestre), derivante dal dPCM 28 novembre 2001, per le aree funzionali era 24.978 unità.

(legge n. 311 del 2004), che ha richiesto che la spesa sviluppata dalle dotazioni organiche fosse contenuta almeno del 5 per cento, ed ha comportato l'eliminazione di 1.858 posti, di cui 18 relativi a dirigenti di II fascia.

	dotazione organica			presenze		
	2003 ³⁶	2004 ³⁷	2005 ³⁸	2003	2004	2005
dirigenti generali	14	41	36	14	41	36
dirigenti	248	248	147	248	248	142,5
aree funzionali	24.320	23.363	20.910	24.038	22.934,5	20.741
TOTALE	24.582	23.652	21.093	24.300	23.223,5	20.919,5

A fronte del numero di dipendenti previsto dalle dotazioni organiche la precedente tabella espone i dati tratti dai disegni di legge annuali concernenti l'approvazione del bilancio di previsione dello Stato. Essi espongono la consistenza degli organici in relazione ai dipendenti presenti in servizio, calcolati questi ultimi in anni-persona. Successivamente i dati sono messi a confronto con quelli omologhi esposti nei prospetti annessi ai rendiconti. Si può così osservare come le situazioni esposte siano spesso non collimanti. Circostanza che si verifica anche per i dati forniti dalla stessa Amministrazione. Ciò è conseguenza di rilevazioni che si rivelano caratterizzate da un'accentuata approssimazione nelle date di riferimento e nei criteri di rilevazione. A questi dati si affiancano quelli dei conti annuali, redatti secondo tempi ancora diversi e sulla base delle metodologie indicate nelle apposite circolari della Ragioneria generale dello Stato. Sarebbe fortemente auspicabile un'iniziativa volta ad omogeneizzare i criteri di rilevazione ed a correlare l'esposizione dei dati tra i diversi documenti. L'auspicio trova ulteriore supporto nelle informazioni riguardanti il personale desunte dai rendiconti.

Dal rendiconto 2003³⁹ si ricava che il personale in servizio al 31 dicembre 2002 ammontava a 24.581 unità (retribuzioni fisse ed accessorie); al 31 dicembre 2003 era divenuto 23.958 unità (retribuzioni fisse), alle quali si aggiungevano 121 unità per le retribuzioni accessorie: totale 24.079 unità.

Il rendiconto 2004⁴⁰ per il 2003 conferma i dati riportati nel rendiconto 2003; per il 2004 indica presenti in servizio 23.665 unità (retribuzioni fisse), alle quali si uniscono 94 dipendenti cui sono state corrisposte retribuzioni accessorie, per un totale di 23.759.

Il prospetto annesso al rendiconto 2005 indica 23.665 e 21.449 dipendenti, come presenti in servizio, rispettivamente, al 31 dicembre 2004 ed al 31 dicembre 2005 (retribuzioni fisse). Nell'arco 2002-2005 la consistenza del personale si è ridotta del 12,7 per cento⁴¹.

Per una maggiore significatività, anche questi dati dovrebbero presentare la scomposizione per profilo professionale di appartenenza (amministrativi, archeologi, storici dell'arte, architetti, bibliotecari, archivisti, etc.).

³⁶ Disegno di legge di approvazione del bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2004 – Tabella n. 14 – MBAC – AS n. 2513.

³⁷ Disegno di legge di approvazione del bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2005 – Tabella n. 14 – MBAC – AC n. 5311.

³⁸ Disegno di legge di approvazione del bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2006 – Tabella n. 14 – MBAC – AS n. 3614.

³⁹ Rendiconto generale della Amministrazione dello Stato per l'esercizio 2003 – MBAC – AC n. 5094.

⁴⁰ Rendiconto generale della Amministrazione dello Stato per l'esercizio 2004 – MBAC – AS n. 3524.

⁴¹ Le modalità di costruzione del conto annuale non consentono di disporre – nel momento di definizione di questa relazione, giugno 2006 – del riscontro, offerto dallo stesso documento, della consistenza del personale al 31 dicembre 2005.

L'Amministrazione ha presentato due prospetti, relativi agli anni 2003 e 2004, che espongono la distribuzione del personale per fasce di età, i cui dati sono organizzati secondo la posizione economica dei dipendenti. Ciò rende le informazioni di utilità molto ridotta. Infatti, per il governo del personale, in specie per impostare un'azione di reclutamento, l'anzianità dei dipendenti deve essere riferita ai distinti profili professionali. Non conoscere, ad esempio, quanti archeologi, storici dell'arte, architetti, archivisti, bibliotecari, e così via per ciascun profilo, andranno progressivamente in pensione nei prossimi anni pone a rischio la continuità dell'esercizio delle funzioni istituzionali. Secondo questa rilevazione nel 2003 i dipendenti erano 22.318, di cui 243 dirigenti. Per l'intero corpo dei dipendenti (22.318) il massimo addensamento si raggiunge nella fascia di età 45-49 anni - 30,1 per cento -; il minimo - 0,05 per cento - per gli anni da 20 a 24; gli oltre 65enni sono l'1,4 per cento e coloro che si trovano tra i 60 ed i 64 anni costituiscono il 5,5 per cento.

Nel 2004 la situazione appare sostanzialmente confermata. Le variazioni di qualche rilievo sono costituite dalla presenza di 1 dipendente che ha meno di 20 anni; quelli compresi tra 20 e 24 anni sono saliti allo 0,13 per cento; la fascia di età di maggiore consistenza è sempre quella 45-49 anni, ma l'indice cala dell'0,8 per cento, fermandosi al 29,3 per cento. Circa il 72 per cento del personale non ha meno di 40 anni, ma non supera i 54.

4.2.2. Il personale comandato ed il personale a tempo determinato.

Nel 2005 il numero di dipendenti appartenenti ad altre amministrazioni in servizio presso il Ministero (comandati interni) è stato di 400 unità, mentre il personale MBAC in servizio presso altre Amministrazioni ha raggiunto 470 unità (comandati esterni).

LSU ricognizione delle convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 20 della legge 24 giugno 1997, n. 196.

Sono in atto sei convenzioni con associazioni temporanee di imprese, stipulate tutte nell'ottobre 2000 ad eccezione dei contratti di servizio con la ALES S.p.A.. Le prestazioni richieste hanno ad oggetto:

- il riordino e la gestione degli archivi degli istituti periferici;
- le attività di comunicazione relative al patrimonio culturale anche mediante i servizi di *call center*;
- la manutenzione delle aree archeologiche;
- servizi vari per il funzionamento degli uffici;
- il progetto sicurezza.

La spesa annua raggiunge circa 39 milioni, IVA compresa, di cui circa 500 mila costituiscono il costo del monitoraggio, affidato alla stessa ALES, sull'attuazione del complesso delle convenzioni. Le convenzioni prevedevano l'assunzione di 940 lavoratori, ne sono stati assunti 854 e nel 2005 ne sono stati in servizio 805. Di essi il 53 per cento nella sola Campania; segue il Lazio con 181 unità.

Le risorse sono state attinte per il 2005 dal gioco del *Lotto* per oltre 9 milioni, dai proventi dei biglietti di ingresso ai musei e siti archeologici per circa 4 milioni e da una nuova assegnazione di circa 1,5 milioni. A tali fondi si è aggiunta l'utilizzazione dei residui 2004 del *Lotto* per oltre 11 milioni. Si è così ottenuta una complessiva disponibilità pari a circa 25,5 milioni. Secondo l'Amministrazione è stata sostenuta nel 2005 una spesa di 23,968 milioni (pagamenti).

Questa la situazione finanziaria pregressa, che scontava la scadenza delle convenzioni prevista per ottobre 2005. In attesa del compimento delle procedure per la stabilizzazione di questo personale, l'art. 4 del decreto-legge n. 7 del 2005, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 43 del 2005, ha stanziato 12 milioni per la proroga al 31 dicembre 2005.

4.2.3. La spesa per il personale.

I disegni di legge di approvazione del bilancio espongono, mediante apposite tavole, la previsione di spesa, riferita alle retribuzioni fisse ed a quelle accessorie, in rapporto alle presenze in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente.

I rendiconti generali espongono in appositi prospetti, di norma, in relazione alle due voci indicate, per la competenza, le previsioni definitive e gli impegni; per la cassa, i pagamenti totali, con la scomposizione in conto competenza ed in conto residui, al netto degli oneri sociali e dell'IRAP a carico dell'Amministrazione.

L'elaborazione dei dati dei rendiconti ha condotto a ricostruire la spesa per il personale per il 2004 ed il 2005, in rapporto ai pagamenti totali ed ai residui totali, nei seguenti termini⁴².

(migliaia di euro)

	Voci	Pagamenti Totali		Residui Totali	
		2004	2005	2004	2005
1	Retribuzioni fisse	489.783	497.115	441.274	265.091
2	Compensi accessori	65.626	18.889	63.469	64.937
3	Interessi rivalut.mon.	39	327	30	14
A	Totale retribuzioni (1+2+3)	555.448	516.331	504.773	330.042
4	Oneri sociali	144.572	147.939	155.724	106.030
5	IRAP	46.342	42.761	41.537	28.131
B	Totale (4+5)	190.914	190.700	197.261	134.161
C	Totale (A+B)	746.362	707.031	702.034	464.203
6	Buoni pasto	11.372	10.015	1.702	2.525
7	Formazione	89	55	99	277
D	Totale generale (C+6+7)	757.823	717.101	703.835	467.005

La tabella pone a raffronto – totale generale D – la spesa complessiva sostenuta nel 2004 e nel 2005 per il personale: circa 758 milioni e 717 milioni, come pagamenti totali (Pt) e circa 704 milioni e 467 milioni, come residui totali (Rst), registrando un'incidenza sulla spesa totale dell'Amministrazione pari a circa il 32,1 per cento (Pt) e a circa il 27,9 per cento (Rst) per il 2004 e del 33,1 per cento (Pt) e del 20,4 per cento per il 2005.

L'onere per le retribuzioni direttamente corrisposte al personale – totale A – comprende le imposte e i contributi previdenziali ed assistenziali a carico dei dipendenti. Stimando la loro

⁴² Il calcolo della spesa è così ottenuto. Per l'anno 2004 sono state considerate le voci: *retribuzioni fisse* comprendenti le retribuzioni negli uffici di diretta collaborazione (cap. 1003); gli stipendi e gli altri assegni fissi (capp. 1006, 1187, 1860, 2215, 2450, 2701, 3000, 3319, 3611, 3860); le spese riguardanti i LSU (capp. 1012, 1193, 1311, 1874, 2208, 2459, 2707, 3604, 3853) ed il personale comandato (cap. 1183); *compensi accessori*, indennità accessoria di diretta collaborazione (cap. 1004); fondo miglioramento.... produttività collettiva (capp. 1181, 2206); fondo unico di amministrazione (capp. 1198, 1690, 1871, 2214, 2465, 2713, 3010, 3320, 3610, 3859); compensi lavoro straordinario (capp. 1008, 1189, 1862, 2202, 2452, 2703, 3001, 3312, 3601, 3850); *interessi e rivalutazione monetaria* (cap. 1186); *oneri sociali* (capp. 1015, 1196, 1869, 2212, 2463, 2711, 3008, 3317, 3608, 3857); *IRAP* (capp. 1016, 1197, 1870, 2213, 2464, 2712, 3009, 3318, 3609, 3858); *buoni pasto* (capp. 1011, 1192, 1873, 2207, 2457, 2706, 3005, 3314, 3603, 3852); *formazione* (capp. 1185, 2200, 2715, 3091, 3396, 3613, 3862).

Per l'anno 2005 i capitoli considerati sono stati: *retribuzioni fisse*, 1003, 1006, 1187, 1860, 2215, 2467; LSU, 1012, 1193, 1874, 2208; personale comandato, 1183; personale a tempo determinato, 1202; *compensi accessori*, 1004, 1181, 1198, 1690, 1871, 2206, 2214, 2475; lavoro straordinario, 1189, 1862, 2202, 2468; *interessi e rivalutazione monetaria*, 1186; *oneri sociali*, 1015, 1196, 1869, 2212, 2473; *IRAP*, 1016, 1197, 1870, 2213, 2474; *buoni pasto*, 1011, 1192, 1873, 2207, 2470; *formazione*, 1185.

Non sono state considerate le voci di spesa relative a: Ministro e Sottosegretari; sussidi; equo indennizzo, accertamenti sanitari; assicurazione dei rischi professionali e responsabilità civile dei dirigenti; indennità di licenziamento; missioni; reclutamento; carabinieri.

incidenza secondo un'aliquota complessiva del 33 per cento, si può conoscere l'importo netto spettante nel 2004 al personale: circa 372 milioni e circa 338 milioni, rispettivamente, per i due parametri contabili considerati. Nel 2005 gli importi omologhi sono stati circa 346 milioni e circa 221 milioni.

Le retribuzioni (comprensive delle imposte e dei contributi a carico del personale) - totale A - hanno rappresentato, rispettivamente, circa il 74,4 per cento ed il 71,9 per cento del costo del personale lordo - totale B - nel 2004 e circa il 73,0 per cento ed il 71,1 per cento nel 2005.

Il raffronto della spesa sostenuta nei due anni considerati evidenzia che nel 2005 il costo del personale netto - totale A - è diminuito, rispetto al 2004, di circa il 7 per cento per i pagamenti totali e di circa il 35 per cento per i residui totali. Mentre il costo complessivo del personale, che è diminuito di circa il 5 per cento per i pagamenti totali e di circa il 34 per cento per i residui totali, ha inciso nel 2005 sulla spesa globale del Ministero per il 33,1 per cento (Pt) e per il 20,4 per cento.

Nel 2004 i valori omologhi erano stati, rispettivamente, 32,1 per cento e 27,9 per cento.

La ricostruzione della spesa presentata dall'Amministrazione per gli anni 2003, 2004, 2005 non dichiara se le somme indicate costituiscano impegni o pagamenti, quali siano i capitoli sui quali le spese sono state sostenute, quante siano state le unità di personale retribuite, con distinzione tra rapporti di lavoro a tempo indeterminato e determinato.

Il Ministero della salute

- 1. Considerazioni generali e di sintesi: apparati, funzioni, risorse.**
- 2. Le relazioni con il sistema delle Autonomie.**
- 3. Quadro generale degli andamenti finanziari:** 3.1. *Profili generali*; 3.2. *Analisi per categorie economiche*; 3.3. *Effetti sulla gestione finanziaria delle disposizioni c.d. "tagliaspese"*; 3.4. *Le verifiche contabili*.
- 4. Programmazione e gestione delle risorse finanziarie.** 4.1. *Il quadro programmatico generale ed i raccordi con i documenti di bilancio*. 4.2. *Risultati dell'attività gestionale nei principali settori di intervento*: 4.2.1. *Qualità*; 4.2.2. *Innovazione*; 4.2.3. *Prevenzione e Comunicazione*.
- 5. Strumenti: organizzazione, personale, nuove tecnologie:** 5.1. *L'assetto organizzativo*: 5.1.1. *Profili normativi*; 5.1.2. *Gli uffici periferici*; 5.2. *Personale*; 5.3. *Attività contrattuale e nuove tecnologie*.

1. Considerazioni generali e di sintesi: apparati, funzioni, risorse.

La complessità delle politiche sanitarie – strettamente correlate all'evoluzione ordinamentale¹ ed in particolare agli sviluppi del federalismo fiscale – risente in maniera immediata di esigenze legate alle minacce per la tutela della salute, anche di derivazione esterna: il pericolo di diffusione di malattie infettive, in particolare da animali, ha trovato riscontro nelle più recenti innovazioni normative e programmatiche², incidendo sulla stessa configurazione delle strutture ministeriali. In particolare, sul finire dell'esercizio, è stato istituito il Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti (art. 1 del d.l. 1° ottobre 2005, n. 202, convertito dalla legge 30 novembre 2005, n. 244), portando a quattro il numero dei dipartimenti (già definiti in tre dal d.P.R. n. 129 del 28 marzo 2003). Tale provvedimento era stato adottato dopo complesse vicende che hanno caratterizzato la configurazione degli apparati

¹ 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.

² Si segnala, in correlazione con la maggiore attenzione alle politiche di settore, il recente (9 febbraio 2006) accordo siglato nella sede della Conferenza Stato-Regioni relativo ad un "Piano nazionale di preparazione e di risposta per una pandemia influenzale".

ministeriali a partire dal decreto legislativo n. 300 del 30 luglio 1999³, non consentendo stabilità agli assetti organizzativi ed alla connessa rappresentazione contabile.

L'innovazione legislativa ha di conseguenza comportato la riorganizzazione delle attività attribuite al Ministero dal d.lgs. n. 300 del 1999, e successive modificazioni, in materia di sanità veterinaria e di sicurezza degli alimenti, incidendo sul complesso degli aspetti strutturali e funzionali dell'amministrazione⁴.

Il nuovo Dipartimento - nel quale confluiscono, tra l'altro, la già esistente Direzione generale della sanità veterinaria e degli alimenti, il Centro nazionale di lotta ed emergenza contro le malattie animali, istituito dalla stessa normativa d'urgenza, nonché il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare - è articolato in tre uffici di livello dirigenziale generale.

Il *Centro nazionale di lotta ed emergenza contro le malattie animali* è stato istituito ai fini del potenziamento e della razionalizzazione degli strumenti di lotta contro l'influenza aviaria, le malattie animali e le emergenze zoo-sanitarie, nonché per incrementare le attività di prevenzione, profilassi internazionale e controllo sanitario esercitato dagli uffici centrali e periferici del Ministero della salute. Il Centro definisce e programma gli obiettivi e le strategie di controllo e di eradicazione delle malattie e svolge mediante l'*Unità centrale di crisi*, unica per tutte le malattie animali, e in raccordo tecnico-operativo con le analoghe strutture regionali e locali, compiti di indirizzo, coordinamento e verifica ispettiva anche per le finalità di profilassi internazionale⁵.

In base alle ultime modifiche la struttura del Ministero si articola dunque in quattro dipartimenti:

- della Qualità;
- dell'Innovazione;
- della Prevenzione e comunicazione;
- della Sanità veterinaria, nutrizione e sicurezza degli alimenti⁶.

³ Si ricorda che nell'originario disegno delineato dal d.lgs. n. 300 del 1999 era previsto 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"), che aveva trovato attuazione con il d.P.R. n. 126 del 2001. Ad inizio della XIV legislatura, l'art. 11 del decreto-legge n. 217 del 12 giugno 2001, convertito dalla legge n. 317 del 3 agosto 2001, ha nuovamente scorporato il dicastero, denominandolo "Ministero della salute", trasferendo ad esso le funzioni e le risorse già del Ministero della sanità ed attribuendo i compiti 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. L'art. 47-quater aggiunto all'originaria formulazione del d.lgs. n. 300 del 1999 dal citato art. 11 d.l. n. 217 del 12 giugno 2001 ha stabilito che il Ministero si articoli in dipartimenti, in numero non superiore a quattro: su tale base era stato dunque adottato il d.P.R. 28 marzo 2003, n. 129, che aveva sostituito il d.P.R. n. 435 del 7 dicembre 2000, emanato ai sensi dell'art. 55, comma 3 del d.lgs. n. 300 del 30 luglio 1999, che prevedeva invece due dipartimenti, in corrispondenza delle due aree funzionali (Ordinamento sanitario e tutela della salute umana e sanità veterinaria) individuate dal d.lgs. n. 300.

⁴ Essi erano già stati interessati dalla ordinanza contingibile ed urgente adottata dal Ministro in data 8 novembre 2005, con la quale era stata disposta anche una deroga alle norme della legge quadro dei lavori pubblici per le opere di sistemazione della sede individuata (sulla scorta della sentenza della Corte cost. n. 127 del 1995 e della determinazione dell'Autorità per la vigilanza sui LL.PP. n. 2/04 del 14 gennaio 2004).

⁵ Il Centro si avvale direttamente dei Centri di riferimento nazionale per le malattie animali, degli Istituti zooprofilattici sperimentali, del Centro di riferimento nazionale per l'epidemiologia, del Dipartimento di veterinaria dell'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con le Regioni e le Province autonome, nonché delle Facoltà universitarie di medicina veterinaria e degli Organi della sanità militare. La natura trasversale di dette politiche si riscontra nella partecipazione del Ministero delle politiche agricole e forestali e degli enti di ricerca ad esso collegati.

⁶ Le direzioni generali definite nel numero di dieci dal d.P.R. 28 marzo 2003, n. 129, rispetto alle undici già previste dal d.P.R. n. 435 del 7 dicembre 2000, tornano ad essere nuovamente undici in base alla richiamata recente normativa adottata in via d'urgenza, cui si aggiungono altre due strutture equivalenti (v. *infra* par. 5.1). Alla citata normativa d'urgenza - che fa seguito a precedenti provvedimenti adottati dal Ministero della salute - si è accompagnato sotto il profilo organizzativo l'ulteriore ridefinizione organizzativa e sotto quello programmatico l'adozione di un atto integrativo della Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione per l'anno 2005, con una connessa

L'individuazione dettagliata delle funzioni e dei compiti delle nuove strutture è stata definita con il recente d.P.R. 14 marzo 2006, n. 189 (Regolamento recante modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2003, n. 129, sull'organizzazione del Ministero della salute)⁷.

Sotto il profilo della gestione contabile, va peraltro rilevato che si è provveduto, sia nel 2005 che nel corrente anno, con appositi "decreti-ponte" ad individuare le risorse finanziarie di pertinenza del nuovo dipartimento, motivando tale scelta perché in attesa dell'emanazione del nuovo regolamento di organizzazione, poi intervenuto, come si è detto, il 14 marzo 2006, e delle ulteriori misure attuative. Al tempo stesso è stato stabilito che gli uffici centrali e periferici della già esistente Direzione generale della sanità veterinaria e degli alimenti continuassero a svolgere i compiti precedentemente affidati, con il personale e le risorse finanziarie assegnate.

Dopo la fase di relativo assestamento registratosi nell'esercizio precedente, gli ultimi mesi risentono dunque di una ulteriore mutazione degli apparati ministeriali, che si riflette naturalmente sulla stabile congruenza della rappresentazione di bilancio, ponendo la necessità di adozione di "misure-ponte" e rendendo meno agevole la rilettura delle risultanze contabili, che peraltro non riflettono *in toto* la complessità delle politiche sanitarie, la cui rilevanza incide, come è noto, in larga parte su altri stati di previsione.

In tal senso è utile considerare l'articolazione delle risorse destinate alla sanità sull'intero bilancio dello Stato, quali individuabili secondo la classificazione COFOG (*Classification of Functions of Government*) dell'OCSE, in base a cui risulta che le risorse del Ministero della salute non riassumono che una parte, sicuramente minoritaria, del complesso delle spesa sanitaria pubblica, sia per il primario rilievo delle risorse regionali, 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 (alle risorse del rendiconto dello Stato espressamente considerate nella divisione 7 devono peraltro aggiungersi altre, anche di ordine perequativo, anch'esse allocate nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, ma non contabilizzate nella divisione 7).

Esercizio 2005

(in migliaia di euro)

F.O.I° liv. SANITA'	Stanz. Def. Comp.	Massa impegn.	Impegni effettivi in c/comp.	Econ. o maggiori spese.	Res.Stanz. fin. compl.vi	Massa spend.	Aut. fin. Cassa	Pag. totali	Residui totali	Ec. Totali
Min. economia	14.694.497	14.694.497	14.375.131	318.966	400	22.186.933	18.346.800	9.140.966	11.830.944	1.215.015
Min. difesa	11.580	11.580	11.553	28	8	11.868	11.868	11.833	8	28
Min. pol. agR.	644	644	609	35	0	920	858	448	404	69
Min. salute	1.452.632	1.508.108	1.325.501	52.444	74.687	2.887.818	2.049.677	1.285.025	1.469.700	133.193
Totale (bilancio)	16.159.353	16.214.829	15.712.794	371.473	75.087	25.087.540	20.409.204	10.438.280	13.301.056	1.348.205

Il disegno degli apparati centrali si qualifica per una stretta interazione con il sistema regionale, che si evince sia sul piano organizzativo che programmatico, finanziario e funzionale (v. par. seg.).

Nella policentrica realtà del sistema sanitario, in stretto raccordo con il Ministero si collocano l'*Agenzia per i servizi sanitari regionali* - cui è affidato anche un ruolo di supporto tecnico e scientifico nei confronti delle Regioni, "nell'ambito delle politiche di autoordinamento che esse perseguono" per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e per un maggior controllo degli andamenti della spesa - e l'*Agenzia italiana*

rimodulazione delle risorse finanziarie. V. infra par. 4.1.

⁷ In G.U. n. 117 del 22 maggio 2006. V. infra par. 5.1.

del farmaco (AIFA), istituita dal 1° gennaio 2004⁸ al fine di garantire l'unitarietà delle attività in materia di farmaceutica e di favorire in Italia gli investimenti in ricerca e sviluppo (anche ad essa sono affidati compiti di contenimento della spesa). Tali profili risultano accentuati dalla legge finanziaria per il 2006, che contiene disposizioni relative al monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica e, ad integrazione dei compiti affidati in materia di LEA, di supporto al Ministero della salute nel monitoraggio dei tempi di attesa, con uno specifico piano di lavoro per il triennio 2006-2008 per la realizzazione dei compiti affidati. Si segnala, al riguardo, la recente (28 marzo 2006) Intesa siglata nella sede della Conferenza Stato-Regioni relativa al Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

In materia sanitaria si registrano diverse disposizioni normative intervenute nel corso del 2005. Si tratta delle leggi: n. 123 del 4 luglio 2005 (protezione dei soggetti malati di celiachia); n. 219 del 21 ottobre 2005 (disciplina delle attività trasfusionali e della protezione nazionale degli emoderivati); n. 229 del 29 ottobre 2005 (indennizzi per danni vaccinazioni obbligatorie). In particolare la legge n. 219 prevede i *livelli essenziali di assistenza* in materia di attività trasfusionali, con disposizioni riguardanti le Associazioni e Federazioni del settore, la programmazione delle attività trasfusionali, i moduli del coordinamento, le misure di protezione degli emoderivati, un sistema informativo dei servizi trasfusionali, le modalità di autorizzazione e di accreditamento delle strutture trasfusionali, definendo il ruolo degli Organi preposti a tale delicata materia.

2. Le relazioni con il sistema delle Autonomie.

Anche nel disegno organizzativo del Ministero e degli Organismi collegati si individuano dunque particolari forme di collegamento e di interazione con il sistema delle Autonomie, ed in particolare con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e la Conferenza unificata, che ne qualificano i profili funzionali e quelli programmatici. Questi caratterizzano, anche per la rilevanza finanziaria ed istituzionale, una peculiare dimensione delle principali tematiche del settore negli Accordi e nelle Intese definite proprio nella sede della Conferenza Stato-Regioni. Di particolare rilievo sono dunque i rapporti del Ministero con la Conferenza Stato-Regioni, in relazione alla problematica relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), alla ricerca, alle politiche per investimenti, al sistema informativo, di cui la Corte ha più volte sottolineato il valore strategico e che oggi assume ulteriore rilievo anche per l'adozione di misure perequative in linea con la nuova disciplina costituzionale.

Le modalità di confronto e di collaborazione ai diversi livelli di governo e di gestione maturati nella sede della Conferenza vengono ad incidere sulla stessa esplicazione delle funzioni di monitoraggio e di controllo della spesa⁹. Tali aspetti sono ampiamente considerati nella Intesa tra Stato e Regioni sancita il 23 marzo 2005 in base all'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (l. finanziaria per il 2005), che, nell'individuare gli adempimenti a carico

⁸ La norma istitutiva è l'art. 48 del d.l. n. 269 del 30 settembre 2003, convertito con modificazioni nella legge n. 326 del 24 novembre 2003. V. par. 4.2.2. Le funzioni previste per l'Agenzia del farmaco - chiamata a svolgere, oltre ai compiti già affidati alla Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici, funzioni di "alta consulenza tecnica" in materia di politiche per il farmaco al Governo ed alla Conferenza Stato-Regioni - sono intese a raccordare profili scientifici e di adeguatezza con il rispetto dei livelli di spesa programmata nei "vigenti documenti contabili di finanza pubblica". Sul versante della spesa farmaceutica, al comma 297 della legge finanziaria per il 2006 si prevede il potenziamento delle funzioni istituzionali dell'AIFA finalizzate a garantire il monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica in tutte le sue componenti e il rispetto dei tetti stabiliti dalla vigente legislazione. Ai fini del coordinamento del monitoraggio sull'andamento della spesa farmaceutica, l'AIFA (di cui è potenziata la dotazione organica complessiva) trasmette al Ministro della salute e al Ministro dell'economia e delle finanze una relazione mensile.

⁹ In tal senso è di particolare rilievo nella Intesa Stato-Regioni sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, la 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.

delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale (SSN) per gli anni 2005, 2006 e 2007, pone a premessa la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, nel quadro delle risorse programmate del Servizio sanitario nazionale.

Nell'Intesa del 23 marzo 2005 si richiede una maggiore responsabilizzazione delle Regioni ai fini del contenimento della dinamica dei costi, garantendo in sede di programmazione l'equilibrio economico-finanziario delle aziende ed enti sanitari, curando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi di indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni ed assicurando l'adozione di misure per ricondurre in equilibrio la gestione, ove ciò si rendesse necessario. Tali impegni si collocano su una linea diretta a garantire in via prioritaria l'equilibrio generale del sistema, mediante misure volte a realizzare recuperi interni di efficienza e ad assicurare l'appropriatezza delle prestazioni (monitoraggio della spesa sanitaria, razionalizzazione della rete ospedaliera e vincolo alla crescita dei costi di produzione). L'Intesa prevede anche la possibile stipula di specifici accordi tra Governo centrale (Ministeri della salute e dell'economia e finanze) e Regioni al fine di attivare programmi operativi di riorganizzazione dei Servizi sanitari regionali sempre ai fini della tutela dei livelli essenziali di assistenza. L'attività di affiancamento alle Regioni concerne l'individuazione dei provvedimenti regionali di programmazione sanitaria, il loro monitoraggio e le possibili forme di partenariato con le altre Regioni¹⁰.

Al rispetto degli adempimenti già previsti nella vigente legislazione e di quelli contemplati nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 si richiamano le pronunce della Corte emanate nell'anno e relative alla sostenibilità degli oneri derivanti dal complesso dei contratti stipulati nel corso degli anni 2004-2005, concernenti il personale dirigenziale e non dirigenziale appartenente al comparto sanità¹¹, nonché degli accordi concernenti il personale medico convenzionato con il SSN¹².

¹⁰ E' stato predisposto uno schema – tipo di accordo, ai sensi dell'articolo 8 (commi 1-3) dell'Intesa, da stipulare con le singole Regioni.

¹¹ I contratti relativi alle aree della dirigenza medico-veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa sono stati sottoscritti dalle parti in via definitiva in data 3 novembre 2005, peraltro dopo una non positiva certificazione della Corte resa nell'adunanza del 7 ottobre 2005 ((SS.RR., deliberazione n. 33/CL/05). La Corte ha rilevato tra i profili di criticità, oltre ad un disallineamento dei dati della consistenza del personale, la carenza di elementi di stima in ordine al finanziamento della indennità di esclusività ascrivibile, in prevalenza, alla mancata verifica, prevista nel precedente contratto e richiamata espressamente dal Comitato di settore nell'atto di indirizzo del 17 giugno 2004, volta a garantire, anche per il futuro, il finanziamento dell'istituto con le stesse voci di risparmio previste nel precedente contratto senza aggravii per il SSN. Tale valutazione, cui le Sezioni riunite avevano subordinato la precedente certificazione (delib. n. 15 del 10 luglio 2000) si sarebbe resa ancor più necessaria in relazione alla nuova disciplina contrattuale dettata in attuazione della legge 26 maggio 2004, n. 138 (art. 2-septies), che, nel modificare la normativa preesistente, ha, da un lato, restituito la possibilità al dirigente con rapporto esclusivo di optare per il rapporto di lavoro non esclusivo entro il 30 novembre dell'anno in cui è effettuata l'opzione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo e, dall'altro, ha eliminato la preclusione per i dirigenti con contratto non esclusivo al mantenimento o al conferimento di incarichi di direzione di struttura semplice o complessa.

¹² Si ricorda che nel corso dell'anno 2005 sono stati stipulati diversi accordi nel settore sanitario: con due accordi, entrambi riferiti al periodo 2001-2005, sottoscritti rispettivamente in data 20 gennaio 2005 e 9 febbraio 2005, è stato disciplinato lo stato giuridico e il trattamento economico dei medici di medicina generale e dei medici specialisti ambulatoriali, sui quali la Corte ha riferito al Parlamento con deliberazione n. 12/CL/05 del 19 aprile 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 rilevata (SS.RR., Delibere n. 8 e n. 12 del 2005) la mancanza di una corretta individuazione da parte della SISAC (Struttura interregionale sanitari convenzionati, costituita con la legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 52, comma 27), 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. 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. Sempre

Le preoccupazioni della Corte per un aumento della spesa sanitaria in misura superiore agli obiettivi previsti in sede programmatica nei DPEF, espresse sia nelle audizioni che nelle relazioni rese al Parlamento¹³, sono state ribadite nel referto approvato nell'adunanza del 25 gennaio 2006 (Sezioni riunite del. n.1/CI/06), che ha rappresentato valutazioni unitarie sull'impatto conseguente ai contratti collettivi ed agli accordi relativi al settore sanitario stipulati nel 2005¹⁴. Nel citato referto è stata rappresentata la necessità del contemperamento del principio della autonoma determinazione di indirizzi di politica contrattuale degli enti del comparto sanità con la esigenza di assicurare un equilibrio nei conti del settore pubblico allargato, in coerenza con l'andamento delle grandezze macroeconomiche e con gli indirizzi generali di politica contrattuale. Al fine di rendere trasparente e verificabile il processo di quantificazione delle risorse, la Corte evidenzia l'esigenza fondamentale di individuare "indicatori, parametri, elaborazioni e proiezioni di dati desumibili dai documenti di bilancio e programmazione tali da garantire la sostenibilità dei costi di ciascuna tornata contrattuale", al fine di evitare, da una parte, ulteriori aggravii a consuntivo per ripianare bilanci di amministrazioni od enti non in grado di sostenere le relative spese e, dall'altra, che la maggior spesa di personale si rifletta negativamente sul livello dei servizi da rendere alla collettività¹⁵.

Al fine di una compiuta valutazione della effettiva disponibilità delle risorse e della sostenibilità degli oneri contrattuali va positivamente considerato l'art. 9 del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito con la legge 2 dicembre 2005, n. 248: la norma - finalizzata a dare evidenza alla evoluzione della spesa corrente per il personale e a fornire più precisi elementi di valutazione circa la sostenibilità degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali - ha previsto che, già a partire dal 2005, ciascuna Regione, al fine di accedere ai finanziamenti integrativi a carico dello Stato previsti dalla legislazione vigente, provveda alla costituzione, nei propri bilanci, di specifici accantonamenti per la copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti di lavoro (e, a partire dal 2006, delle convenzioni con il SSN), dando evidenza di tali accantonamenti nel modello riepilogativo di cui al decreto del Ministro della sanità del 16 febbraio 2001 e successive modifiche.

Le esigenze di monitoraggio del costo del lavoro nel settore sanitario si innestano dunque in una più ampia tematica ed esigenza di verifica di tutte le componenti gestionali e finanziarie del SSN, volte ad assicurare l'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni erogate. L'efficienza ed appropriatezza nelle prestazioni del SSN costituiscono una delle esigenze prioritarie del sistema, con particolare attenzione delle discipline normative e pattizie: su tale binomio si fonda, nell'Intesa del 23 marzo 2005, il procedimento di verifica degli adempimenti da rispettarsi per accedere alle maggiori risorse a disposizione del SSN, in una ottica di

nell'ambito della medicina convenzionata, un terzo accordo ha interessato i medici pediatri di libera scelta (periodo di riferimento anni 2001-2006) sottoscritto il 15 dicembre 2005.

¹³ V. relazioni sulla gestione finanziaria delle Regioni a statuto ordinario per gli anni 2002-2003 (Sez. aut., delib. n. 9/2004) e 2003-2004 (Sez. aut., delib. n. 7/2005). Ad esse, oltre che alle considerazioni esposte nel volume primo di questa relazione, si fa rinvio per una più dettagliata analisi degli andamenti finanziari del settore.

¹⁴ Tra i punti critici del sistema si evidenzia il notevole ritardo nella stipula degli accordi relativi al biennio 2002-2003, che, intervenuti a disciplinare retroattivamente gli effetti giuridici ed economici, si riferiscono ad un periodo ampiamente trascorso rispetto al biennio di riferimento. Si ricorda che il CCNL del comparto del SSN - infermieri e personale tecnico relativo al primo biennio economico - è stato sottoscritto il 19 aprile 2004 (v. deliberazione (SS.RR., n. 11 del 16 aprile 2004), mentre di recente, il 5 giugno 2006, è stato sottoscritto il secondo biennio (v. deliberazione (SS.RR., n. 20 del 29 maggio 2006, di non positiva certificazione). E' stato esaminato dalla Corte anche lo schema relativo al rinnovo contrattuale per il biennio economico 2004-2005 del personale dirigenziale del SSN.

¹⁵ In tale accezione il concetto di sostenibilità non richiede una puntuale analisi dell'andamento dei singoli bilanci aziendali, ma la ricostruzione di un complessivo scenario evolutivo dei conti dell'intero settore, sulla base di indicatori che diano affidamento sui margini di tenuta complessiva del sistema. E' peraltro significativa la considerazione che una situazione di disavanzo, anche consolidata nel tempo, non è di per sé ostativa al rinnovo della contrattazione per aumenti retributivi in linea con i tassi di inflazione programmati e compatibile con gli strumenti di programmazione e di bilancio.

promozione di strumenti condivisi tra Stato e Regioni nel governo del sistema sanitario nazionale.

Si ricorda in proposito l'attività affidata alla *Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza* di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del d.l. n. 63 del 15 aprile 2002, introdotto dalla legge di conversione 15 giugno 2002, n. 112, presieduta dal Ministro della salute e composta da quattordici esperti (più altrettanti supplenti) di cui uno designato dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette designati dalla Conferenza Stato-Regioni. La Commissione, che svolge funzioni consultive per la integrazione e la modifica del dPCM 29 novembre 2001 relativo ai LEA, ha proceduto alla definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni parzialmente escluse dai LEA ed alla formulazione di proposte per specificare e chiarire il contenuto di alcune aree prestazionali incluse o da includere nei LEA¹⁶.

In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si è provveduto a costituire, con decreto ministeriale del 21 novembre 2005, il *Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza*, cui è stato affidato il compito di monitorare l'erogazione dei LEA, verificando il rispetto delle condizioni di appropriatezza ed efficienza e la compatibilità con le risorse messe a disposizione per il SSN. Nella crescente interazione con le risorse finanziarie, il ruolo che l'Intesa affida a tale Comitato è rilevante ai fini della successiva certificazione al Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito in base all'Intesa stessa (art. 12). Il Comitato, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, utilizza i flussi informativi del *Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS)*, sulla base delle informazioni desumibili dal sistema di monitoraggio e garanzia di cui al d.m. 12 dicembre 2001¹⁷, di attuazione del decreto legislativo n. 56 del 2000, nonché delle risultanze dell'attività prevista dal comma 172, dell'art. 1, della legge 311/2004.

L'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni del SSN sono espressamente considerate anche dalla legge 23 dicembre 2005, n. 266 (l. finanziaria per il 2006), che al comma 283 dell'unico art. 1, prevede che con decreto del Ministro della salute, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della stessa legge, sia istituita la *Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni*, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle

¹⁶ La Commissione, nell'anno 2005, ha indirizzato i suoi lavori sui seguenti temi: ricognizione delle maggiori criticità nella attuale definizione dei LEA e individuazione di un percorso metodologico per l'inclusione, la modifica o l'esclusione delle prestazioni dai livelli; individuazione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni "parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche" di cui all'allegato 2B al d.P.C.M. 29 novembre 2001. In particolare, la Commissione, anche avvalendosi dell'apporto di esperti di settore, ha esaminato la proposta di modifica del decreto ministeriale 12 dicembre 2001 concernente gli indicatori per il monitoraggio per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e la problematica degli standard minimi, qualitativi e quantitativi, per alcune prestazioni sanitarie di particolare impatto sul SSN, in attuazione dell'art. 1, comma 169, della legge finanziaria per il 2005.

¹⁷ Lo stesso decreto prevede la possibilità di aggiornare il sistema degli indicatori ed i relativi parametri di riferimento; al riguardo è stata elaborata una proposta per un nuovo sistema di indicatori di monitoraggio dei LEA che, rispetto al precedente *set*, contiene anche una dettagliata proposta di indicatori di appropriatezza e di *outcome*. Il nuovo *set* di indicatori contiene oltre 250 indicatori ed è strutturato con una sezione di indicatori per ogni livello e microlivello di assistenza, una sezione di indicatori di *outcome* ed una sezione di indicatori di contesto sociodemografico, economico ed ambientale. Per ogni indicatore è stata elaborata una scheda analitica contenente la descrizione, la formula matematica, le note per l'elaborazione, il significato ed il parametro di riferimento. Una specifica tematica concerne (v. decreto dirigenziale n. 17787 del 30 giugno 2005) la costituzione di un gruppo di lavoro con il compito di individuare ed elaborare una griglia di indicatori per lo svolgimento dell'attività di ispezione o accesso affidata al Ministero della salute ed estesa alla potestà di verifica dell'effettiva erogazione dei livelli Essenziali di Assistenza secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa.

prescrizioni delle stesse prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale¹⁸.

Di particolare rilievo, anche sul versante organizzativo, è la previsione, sempre nella legge 23 dicembre 2005, n. 266 (comma 283 dell'unico art. 1) di un *Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria* (SiVeAS) presso il Ministero della salute, al fine di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza¹⁹.

Nel considerare positivamente la maggiore consapevolezza della centralità della tematica di monitoraggio e controllo ed i correlati sforzi organizzativi, non appaiono peraltro del tutto chiare le delimitazioni e le interazioni tra le specifiche competenze tra i diversi Organismi preposti a tali delicate funzioni, essenziali, sia sotto il profilo del rispetto delle compatibilità finanziarie che della qualità ed appropriatezza dei servizi erogati²⁰.

Particolare attenzione al monitoraggio dei LEA e alla valutazione delle *performance* del SSN viene dedicata anche nel Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008, recentemente approvato (d.P.R. 7 aprile 2006, in G.U. n. 149 del 17 giugno 2006), con qualche ritardo sulle scansioni prefigurate dalla norma (articolo 1 del decreto legislativo 502/1992), in base a cui sarebbe dovuto essere approvato nel corso del secondo semestre dell'anno 2005. La fase della predisposizione del nuovo Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008 è stata ispirata ad una logica di collaborazione e di confronto, in coerenza al rinnovato contesto istituzionale²¹.

Il Piano - per il quale la competente sede istruttoria del controllo ha richiamato l'esigenza di una copertura "dinamica" da accompagnare ad una correlata costante verifica della congruità delle risorse finalizzate al finanziamento dei LEA - tende, tra l'altro, a rilanciare la prevenzione; qualificare e valorizzare le cure primarie e le cure ospedaliere e ambulatoriali; promuovere la partecipazione dei cittadini, rilanciare il ruolo del terzo settore. Il documento tiene conto, oltre che degli elementi di contesto riferiti alla situazione economica, demografica, epidemiologica del Paese e delle prospettive di sviluppo scientifico e tecnologico, anche delle evoluzioni delle

¹⁸ Con decreto del Ministro della salute viene fissata la composizione della Commissione, che comprende la partecipazione di esperti in medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, di rappresentanti del Ministero della salute, di rappresentanti designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e di un rappresentante del Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti. Alla Commissione è affidato il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal comma 284 della stessa legge.

¹⁹ Il SiVeAS si avvale delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), di cui all'articolo 2 del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'articolo 4 della legge 1° febbraio 1989, n. 37; ad esso sono ricondotte anche le attività di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, del sistema di garanzia di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, del sistema di monitoraggio configurato dall'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, nonché del Comitato di cui all'articolo 9 della Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Il Ministero della salute può avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, operanti nel campo della valutazione degli interventi sanitari, nonché di esperti nel numero massimo di 20 unità. Per la copertura dei relativi oneri è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008. Il decreto con cui sono definite le modalità di attuazione del SiVeAS è da emanarsi dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

²⁰ Relativamente alla tematica specifica concernente la pubblicazione e diffusione dell'attività sanitaria erogata dalle strutture del SSN rileva l'archivio nazionale delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO). In particolare nell'anno 2005 sono stati raccolti, validati, elaborati e pubblicati tutti i dati relativi alle dimissioni ospedaliere effettuate dagli Istituti di ricovero presenti sul territorio nazionale. Le pubblicazioni dei dati mira a consentire una lettura delle attività e del livello di appropriatezza e di efficienza delle strutture ospedaliere italiane.

²¹ V. l' informativa sulle linee generali del Piano sanitario nazionale nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 22 settembre 2005. Il Ministero della salute ha ritenuto di avviare un ampio confronto, pur non esplicitamente previsto dalle norme vigenti, con le forze sociali, le organizzazioni più rappresentative del mondo sanitario e gli ordini professionali per una interlocuzione, di carattere informale, sulle linee generali dei contenuti del Piano: Nella Conferenza unificata del 28 marzo 2006 è stata acquisita l'Intesa con le Autonomie).

politiche sanitarie internazionali (OMS, OCSE) e di quelle della Unione Europea. Di particolare rilievo nell'attuale fase istituzionale appare la conferma del principio delle garanzie uniformemente offerte su tutto il territorio nazionale (c.d. "federalismo sanitario")²².

L'attività di programmazione si è esplicata anche attraverso la predisposizione del Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale della formazione, previsti dalla legge finanziaria per il 2005 e dalla citata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 tra gli obiettivi necessari anche per far conseguire alle Regioni il conguaglio del 5% del Fondo sanitario nazionale.

Nello sviluppo degli strumenti di rilevazione, un ruolo essenziale è assegnato al Nuovo sistema informativo sanitario, anche nella prospettiva dell'adozione di misure perequative in linea con la i nuovi principi fissati dall'art. 119 della Costituzione, la cui disciplina di attuazione non risulta peraltro ancora definita²³. Ad esso, la già citata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 dedica particolare attenzione, nel contesto di assicurare strumenti e metodologie per il monitoraggio dei LEA, tempestivi, affidabili e idonei a rappresentare unitariamente la multiforme realtà sanitaria, stabilendo che il conferimento dei dati, 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 (V. *infra* par. 5.3).

3. Quadro generale degli andamenti finanziari.

3.1. Profili generali.

Per il 2005 i principali dati contabili evidenziano per il Ministero stanziamenti definitivi pari a 1.496,6 milioni (nel 2004 erano 1.421,9 milioni), confermando anche per tale esercizio una sensibile differenza tra stanziamenti iniziali, pari a 1.276,5 milioni (1.102,3 milioni nel 2004), e definitivi, come emerge dalla tabella che segue, articolata per C.d.R. 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.

²² In un rapporto di continuità con i precedenti cicli di programmazione sanitaria nazionale ed anche di programmazione sanitaria regionale sono state individuate alcune linee strategiche intese a connotare in senso europeo la organizzazione sanitaria italiana; a potenziare la promozione della salute e la prevenzione; a rimodellare le cure primarie, integrando la medicina generale con la medicina di distretto; a qualificare e razionalizzare i percorsi di diagnosi e terapia, soprattutto per l'assistenza ospedaliera e specialistica (*clinical governance*); a garantire l'integrazione tra prevenzione, cure primarie e assistenza specialistica ed ospedaliera, anche con i servizi sociali; a promuovere la ricerca e sviluppo in campo sanitario; a promuovere la partecipazione dei cittadini. Queste grandi linee strategiche sono tradotte in progetti e azioni, volte: a dare piena attuazione ai LEA; qualità ed equità delle prestazioni (con attenzione particolare alle liste di attesa); a sviluppare le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN (professioni sanitarie e formazione continua con il sistema ECM); all'ammodernamento strutturale e tecnologico (*Health technology assessment*); alla promozione della ricerca sanitaria; al completamento del processo di aziendalizzazione; al sostegno alla famiglia ed alla promozione della maternità. Sono inoltre considerati interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali; di sicurezza alimentare; di sanità veterinaria e di benessere animale; di nutrizione come prevenzione; della politica del farmaco; dei Dispositivi medici; dell'Ambiente e salute.

²³ L'Alta commissione di cui all'art. 3 della l. n. 289 del 2002 (l. finanziaria per il 2003), incaricata di indicare i principi generali del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario - sulla base dei meccanismi strutturali del federalismo fiscale, individuati in un accordo in sede di Conferenza unificata - ai sensi degli articoli 117, terzo comma, 118 e 119 della Costituzione, ha rassegnato una relazione al Governo in data 29 settembre 2005.

Esercizio 2005*(in migliaia di euro)*

CDR	Stanz. Iniz. competenza	Stanz. def. compet.	Massa impegn.	Impegni/ massa inp.	Econ. o maggiori spese	Res.fin. stanz.	Massa spendibile	Pag. totali
1 - Gabinetto ed uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro	9.374	10.409	10.410	10.146	263	1	12.975	11.422
2 - Qualità	411.509	492.862	498.205	439.830	53.818	4.558	1.490.621	388.594
3 - Innovazione	573.617	625.425	674.863	618.788	844	55.231	908.746	649.326
4 - Prevenzione e Comunicazione	282.039	367.916	368.630	357.506	-4.521	15.646	525.173	283.383
Totale amm.ne	1.276.539	1.496.612	1.552.108	1.426.270	50.404	75.436	2.937.515	1.332.725

Per l'esercizio trascorso, su una massa impegnabile pari a 1.552,1 milioni si registrano 1.426,27 milioni di impegni, con 50,40 milioni di economie e 75,43 milioni di residui di stanziamento finali. Aumentano dunque i residui di stanziamento, rispetto ai 55,49 milioni di fine 2004: del complesso dei residui di stanziamento a fine esercizio peraltro solo 371 mila derivano da esercizi precedenti (55,12 milioni sono infatti gli impegni in conto residui), mentre la gran parte (75,06 milioni) deriva dalla competenza. I residui di stanziamento sono allocati per la parte maggiore (55,23 milioni) sul C.d.R. 3- Innovazione, mentre 15,64 milioni attengono al C.d.R. 4-Prevenzione e Comunicazione, con 4,55 milioni riferiti al C.d.R. 2- Qualità.

A fronte di una massa spendibile di 2.937,5 milioni, con 2.096,9 milioni di autorizzazioni di cassa, sono 1.332,7 milioni i pagamenti totali, con 1.472,2 milioni di residui totali finali.

Si conferma anche nell'esercizio trascorso la netta prevalenza delle risorse relative alla parte corrente. Per il Titolo I, a fronte di 1.353,87 milioni di stanziamenti definitivi di competenza, con una massa impegnabile pari a 1.378,96 milioni, si registrano 1.308,96 milioni di impegni lordi, con 44,9 milioni di economie in conto competenza e 44,02 milioni di residui di stanziamento finali; a fronte di una massa spendibile di 1.799,64 milioni, con 1.539,26 milioni di autorizzazioni di cassa, si rinvergono 1.211,57 milioni di pagamenti totali, con 474,17 milioni di residui totali.

Per il Titolo II gli stanziamenti definitivi di competenza ammontano a 142,74 milioni, in aumento rispetto ai 42,19 milioni nel 2004. Tra le nuove spese di investimento si rinvergono 100 milioni di euro di nuovi stanziamenti di competenza sulla UPB 2.2.3.3 (Riqualificazione assistenza sanitaria - cap. 7111). A fronte di una massa impegnabile pari, per il tit. II, a 173,14 milioni, si registrano 136,60 milioni di impegni totali, con 31,04 milioni di residui finali di stanziamento.

Nella gestione assume dunque particolare rilievo il conto dei residui: quelli iniziali, pari a 1.440,90 milioni (distribuiti per 997,75 milioni sul C.d.R. 2-Qualità; per 283,32 milioni sul C.d.R. 3-Innovazione, per 157,25 milioni sul C.d.R. 4-Prevenzione e Comunicazione) influenzano dunque considerevolmente la massa spendibile. Particolarmente consistenti sono i residui in conto capitale, che portano la massa spendibile del tit. II a 1.137,86 milioni, con 557,63 milioni di autorizzazioni di cassa, rispetto ai quali si registrano 121,14 milioni di pagamenti totali, con 998,08 milioni di residui totali finali. Le maggiori risorse per investimenti, in conto residui, afferiscono al C.d.R. "Qualità" e sono allocate sulla UPB 2.2.3.3 (*Riqualificazione dell'assistenza sanitaria*) e sulla UPB 2.2.3.5 (*Edilizia sanitaria*), gestite dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. (v. par. seg.). Peraltro, a fronte di residui totali in conto capitale pari a 998,08 milioni, resta elevato anche l'importo dei residui del tit. I, pari, come si è detto, a 474,17 milioni.

Nel complesso del conto dei residui, sui 1.440,90 milioni di residui iniziali, comprensivi delle variazioni in c/residui, risultano pagati 374,3 milioni, con 984,4 milioni (di cui 984 di residui propri) di residui totali in conto residui a fine esercizio, così ripartiti: 825,85 milioni per