

corresponsione all'aver disposto l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale IRPEF e dell'aliquota IRAP⁹.

E' stato altresì definito un procedimento di verifica degli adempimenti con cadenze molto ravvicinate ed affidato ai Tavoli di monitoraggio e al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (istituito ai sensi degli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005). Qualora durante il procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro (che si svolge con verifiche molto ravvicinate) si prefigurino il mancato rispetto degli adempimenti previsti con ciò compromettendo il perseguimento del riequilibrio, fermo restando l'incremento delle aliquote fiscali oltre il livello massimo, la regione è diffidata ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi del Piano¹⁰. Ove la regione non adempia alla diffida, o gli atti e le azioni poste in essere siano valutati¹¹ insufficienti o inadeguati al raggiungimento degli obiettivi, il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del Piano¹². Se poi nel procedimento di verifica annuale si dovesse prefigurare il mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, la regione può proporre misure equivalenti, che devono essere approvate dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze. In ogni caso, l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi comporta l'innalzamento dell'addizionale IRPEF e dell'aliquota IRAP oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente, fino a totale copertura degli obiettivi¹³. Il DL n. 248/2007 convertito con modificazioni dalla legge n. 31/2008 ha previsto, con riferimento al 2007, che, in alternativa all'innalzamento delle aliquote oltre il livello massimo, le regioni potessero adottare, entro il 31 dicembre, altre misure di copertura del disavanzo, per un importo corrispondente.

Di recente altre due regioni, Piemonte e Calabria, hanno avanzato la richiesta di avviare il confronto su una proposta di Piano finalizzata a sanare le inadempienze relative ad anni precedenti (rispettivamente il 2004 per il Piemonte e il 2001 per la Calabria) e lo sblocco dei relativi fondi non assegnati. La Calabria, tuttavia, è risultata inadempiente anche per il 2005 ed il 2006.

3.4.2. I risultati del primo anno

I risultati dell'esercizio 2007 (di cui nell'appendice 1 si fornisce un dettaglio dei dati per regione in rapporto a quelli che erano gli andamenti tendenziali e programmatici) e i progetti compiuti nel processo di rientro dai disavanzi eccessivi sono stati alla base della prima verifica annuale conclusa a marzo 2008 sui Piani di rientro condotta dal Tavolo di monitoraggio e dal Comitato permanente di cui agli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. I

⁹ Vengono fatte salve le aliquote ridotte disposte con leggi regionali (nel limite massimo di 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2008) a favore di commercianti, artigiani, imprenditori che abbiano denunciato richieste estorsive (art. 2, commi 50-51, della legge n. 244/2007).

¹⁰ Art. 4 del DL n. 159/2007 convertito dalla legge 222/2007. Tale disposizione è valida per le Regioni che hanno sottoscritto gli Accordi e i relativi Piani di rientro. Per le restanti regioni vale la procedura di cui all'art. 1, comma 174, della legge n. 311/2004.

¹¹ Dai Tavoli e dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi degli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

¹² Tale nomina è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento. Il commissario ha la facoltà di proporre alla Regione la sostituzione dei direttori generali delle ASL o delle Aziende ospedaliere.

¹³ Articolo 1, comma 796, lett. b, sesto periodo.

verbali relativi alla valutazione annuale dei Piani sono stati trasmessi dal Ministro dell'economia al Presidente della Corte secondo quanto previsto dal DL 23/2007.

La verifica, di cui nell'appendice 2 si forniscono per regione le valutazioni di sintesi, ha riguardato, innanzitutto, i risultati economici. L'esame approfondito dei conti ha portato ad una modifica dei risultati di esercizio concordati inizialmente: le correzioni, giustificate principalmente dalla non idoneità di alcune sopravvenienze attive e/o insussistenze passive (per le quali il Tavolo di monitoraggio non ha ritenuto adeguata la documentazione), ha comportato un aumento del disavanzo di Lazio (da 1.409,7 milioni a 1.606,7 milioni) e Sicilia (da 554,6 a 612,5) e una riduzione di quello dell'Abruzzo (da 140,2 a 130,9 milioni) e della Campania (da 702,9 a 654,1 milioni). Delle sei regioni che nel corso del 2007 hanno sottoscritto i Piani sono stati evidenziati disavanzi non coperti per Lazio (125,3 milioni) e Abruzzo (233,7 milioni, di cui 197 relativi al 2006).

Pertanto, in base ai dati più recenti dell'Agenzia delle entrate, risulterebbe accertato per il Lazio un maggior gettito per circa 200 milioni, tale dunque da coprire il disavanzo rilevato a marzo dal Tavolo di verifica. Per l'Abruzzo, la conferma del disavanzo comporterebbe quindi che, con riferimento all'anno di imposta dell'esercizio 2008, l'addizionale IRPEF e la maggiorazione IRAP si applichino oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente, fino all'integrale copertura del disavanzo registrato¹⁴. Risultano, invece, in equilibrio Liguria, Molise e Campania.

Tavola 6

I risultati di esercizio e gli importi non coperti

(milioni di euro)

	Risultato di esercizio 2007	Tavolo di monitoraggio (marzo 2008)
Liguria	-143,801	0,000
Lazio	-1.606,668	-125,265
Abruzzo¹	-130,891	-35,651
Molise	-61,571	0,000
Campania	-654,103	0,000
Sicilia	-612,533	0,000

L'Abruzzo trascina sul 2007 un disavanzo 2006 di 197,064 milioni di euro, con un conseguente aumento del disavanzo da coprire, pari, complessivamente a 232,715 milioni di euro.

Per la Sicilia, che ha firmato il Piano nel luglio 2007, ove fossero confermati i gravi ritardi nell'attuazione del Piano che il Tavolo ha attestato e non si realizzassero gli adempimenti in esso previsti, verrebbe meno il finanziamento a valere sul Fondo transitorio di accompagnamento previsto dalla finanziaria 2007, lasciando conseguentemente scoperto il disavanzo iniziale.

¹⁴ La maggiorazione è a carattere generalizzato e non suscettibile di differenziazioni per settori di attività e per categorie di soggetti passivi. Si attiverebbe, inoltre, la procedura prevista dall'art. 4 del DL 159/2007 secondo cui, fermo restando l'incremento delle aliquote fiscali oltre il livello massimo, la regione è diffidata ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi del Piano medesimo. Ove la regione non adempia alla diffida, o gli atti e le azioni poste in essere siano valutati insufficienti o inadeguati al raggiungimento degli obiettivi, il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del Piano.

Se pure quattro regioni su cinque (non considerando, per i motivi sopra ricordati, la Sicilia) sono riuscite a coprire i disavanzi occorre, tuttavia, rilevare che tale risultato è stato conseguito, per lo più, attraverso l'utilizzo delle risorse messe a disposizione dallo Stato con il Fondo di accompagnamento 2007, con l'attivazione della leva fiscale entro i limiti massimi previsti dalla legislazione vigente e con ulteriori risorse del bilancio regionale, piuttosto che con una manovra strutturale di contenimento dei costi.

Come evidenziato dalla tavola 7, rispetto agli obiettivi indicati dai Piani di rientro, i costi hanno mostrato una dinamica più accentuata, risultando in alcuni casi solo di poco inferiori ai dati tendenziali.

Tavola 7**Le Regioni con Piani di rientro. Tendenziali, programmatici e consuntivi***(in milioni)*

REGIONI	TENDENZIALE (esclusa mobilità)			PROGRAMMATICO (esclusa mobilità)			DATI CONSUNTIVI - CE IV TRIM. 2007 (esclusa mobilità)			SALDO concordato con Regioni (inclusa mobilità, rettifiche att. fin., svalut. e rivalut. attività fin. e costi capitalizzati)
	RICAVI (ricavi propri e straord.)	COSTI (costi di produz. e straord.)	SALDO	RICAVI (ricavi propri e straord.)	COSTI (costi di produz. e straord.)	SALDO	RICAVI (ricavi propri e straord.)	COSTI (costi di produz. e straord.)	SALDO	
LIGURIA	2.955,2	3.195,7	-240,5	2.974,2	3.111,5	-137,3	3.023,0	3.149,5	-126,5	-143,8
LAZIO	9.277,1	10.671,6	-1.394,5	9.277,1	9.883,6	-606,5	9.329,5	10.647,5	-1.318,0	-1.409,7
ABRUZZO	2.166,9	2.356,1	-189,2	2.178,9	2.299,1	-120,2	2.219,1	2.338,5	-119,4	-140,2
MOLISE	539,4	637,7	-98,3	541,4	591,3	-49,9	558,0	617,3	-59,3	-61,6
CAMPANIA	8.871,1	10.351,4	-1.480,3	8.851,1	9.419,5	-568,4	8.957,8	9.660,7	-702,9	-702,9
SICILIA	7.609,1	8.568,3	-959,2	8.184,8	8.300,6	-115,8	7.839,0	8.387,6	-548,6	-554,6

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati del Ministero della salute - Conti Economici IV trimestre 2007

Dalla verifica del marzo scorso emerge, infatti, come - fatta eccezione per la Liguria, riguardo alla quale il Tavolo e il Comitato esprimono un valutazione complessivamente positiva – “le restanti regioni hanno conseguito sotto il profilo del contenimento dei costi un risultato parziale e disomogeneo, non suffragato da elementi di strutturalità degli interventi di razionalizzazione nelle reti di offerta e delle loro modalità di gestione”. Ciò comporta, secondo il Tavolo, sia il permanere di un rischio circa la capacità di contenere la spesa sanitaria nel 2008, sia un ulteriore ritardo nel processo di qualificazione della rete assistenziale prevista dal dPCM 21 novembre 2001 che fissa i Livelli Essenziali di Assistenza.

Tavola 8

Le Regioni con Piani di rientro. Le coperture in dettaglio

(in milioni)

COPERTURA DISAVANZO - Tavolo monitoraggio							
REGIONI	Risultato tavolo di monitoraggio A	Accesso Fondo (a)	Aumento Aliquote (b)	Altre entrate - Bilancio regionale (c)	Sopravvenienze 2006 (attive +) (passive -) (d)	Totale copertura B=(a+b+c+d)	Avanzo (+) Disavanzo (-) A+B
LIGURIA	-143,8	50,4	0,0	97,0	0,0	147,4	3,6
LAZIO	-1.606,7	377,6	793,8	310,0	0,0	1.481,4	-125,3
ABRUZZO	-130,9	47,2	48,0	0,0	-197,1	-101,9	-232,8
MOLISE	-61,6	29,1	23,5	6,1	2,9	61,6	0,0
CAMPANIA	-654,1	355,0	261,6	20,3	17,2	654,1	0,0
SICILIA	-612,5	140,7	287,0	188,0	0,0	615,7	3,2

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Tavolo di monitoraggio Piani di rientro

Per quanto concerne il contesto normativo e programmatico, tutte le regioni risultano aver adottato nei termini previsti dai Piani di rientro i provvedimenti (o quantomeno la maggior parte di essi) di attuazione della legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796, nonché quelli di adeguamento all'art. 20 della legge 67/1988 concernente l'utilizzo delle risorse per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico delle strutture dei SSR¹⁵.

Ritardi si sono registrati, per contro, nell'adozione dei PSR e nell'adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Ciò ha determinato un effetto negativo sui tempi di adozione dei singoli provvedimenti di attuazione, ed in particolare di quelli relativi alla ridefinizione della rete ospedaliera e delle dotazioni di posti letto per strutture pubbliche e private accreditate, che pure rappresentano elementi centrali nelle manovre prefigurate dai Piani. Ciò, a sua volta, ha determinato una difficoltà nel contenere i costi per il personale¹⁶. Mentre tutte le regioni hanno raggiunto un notevole contenimento dei costi della farmaceutica e hanno provveduto alla razionalizzazione dell'uso dei farmaci in ambito ospedaliero¹⁷, solo una regione (il Molise) ha completato la procedura per la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi.

Per quanto concerne la fissazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per i privati accreditati, risultano adempienti due regioni (Molise e Campania), mentre in un'altra (Lazio) vi è un ampio contenzioso in atto. Risultano, invece, in linea con gli adempimenti previsti dai Piani i provvedimenti adottati dalle Regioni nell'ambito dell'assistenza territoriale¹⁸.

¹⁵ Ad eccezione della Campania, per cui si rileva un grave ritardo.

¹⁶ Fa eccezione l'Abruzzo, che è riuscito a raggiungere l'obiettivo di costo del personale indicato dal Piano. Il Tavolo, tuttavia, segnala che la Regione non ha adottato i provvedimenti per la determinazione delle risorse necessarie per il finanziamento della contrattazione integrativa.

¹⁷ Per l'Abruzzo si registra un ritardo nell'adozione delle Linee guida per la corretta prescrizione dei principi attivi inseriti nel PTO così come nella distribuzione diretta dei farmaci.

¹⁸ Fa eccezione il Lazio, i cui provvedimenti sono stati impugnati dinanzi al TAR (definizione dei budget da attribuire agli erogatori pubblici e privati e remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica e assistenza riabilitativa), o non sono stati valutati positivamente dal Tavolo e dal Comitato.

In tutte le Regioni (ad eccezione della Liguria) permangono, infine, delle criticità relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, che condizionano l'erogazione della quota del 5 per cento del finanziamento per tale esercizio.

A fronte di tale quadro, certamente solo in parte positivo in termini di implementazione degli obiettivi nei termini fissati dai rispettivi Piani di rientro, va tuttavia sottolineata la validità del percorso intrapreso sia ai fini del controllo della spesa sanitaria e del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, sia sotto il profilo più generale di riqualificazione dell'azione delle Amministrazioni regionali. Anche se non completati, sono stati comunque avviati tra il 2007 e i primi mesi del 2008 i processi di ristrutturazione più rilevanti, così come sono stati impiantati sistemi di flussi informativi che, se ancora oggi mostrano lacune, dovrebbero consentire a breve un tempestivo e più efficace controllo della spesa.

Per quanto riguarda l'altro aspetto di rilievo dei Piani di rientro, l'accertamento e l'estinzione dei debiti pregressi, nel corso del 2007, con il supporto degli *advisors* contabili, le regioni hanno proceduto ad accertare ed estinguere il debito cumulato al 31 dicembre 2005. Per quanto riguarda la quota di debito non cartolarizzato, cumulato al dicembre 2005, ed il debito generato dalla gestione 2006, la procedura di certificazione definitiva è in fase di completamento¹⁹. Diversa, infine, è la situazione dell'Abruzzo che, solo nel 2008, ha avviato la procedura di ristrutturazione del debito cartolarizzato allo scopo di allungare il periodo di ammortamento²⁰.

¹⁹ Tale procedura non interessa la Liguria, che non presentava debiti 2005 ancora da accertare e la cui gestione 2006 non ha fatto emergere ulteriori debiti.

²⁰ Come per le altre Regioni, invece, è in corso la procedura di accertamento per la quota non cartolarizzata ed il debito generato nel 2006.

Tavola 9a

Le Regioni con Piani di rientro. La situazione debitoria

(in milioni)

(in milioni)

REGIONI	PIANI DI RIENTRO SOTTOSCRITTI DALLE REGIONI						Oneri a carico REGIONE a fronte dell'anticipazione statale (rata restituzione trentennale)
	DEBITO AL 31/12/2005			COPERTURA			
	DEBITI TRANSATTI	DEBITI NON TRANSATTI	TOTALE DEBITO	STATO	REGIONE	ANTICIPAZIONE STATALE	
	(A)	(B)	(A+B)				
LIGURIA (1)			1.204	327	877		
LAZIO (2)	5.700	3.700	9.400	2.882 (a)	762 (b)	5.000 (c)	310
						non è prevista l'anticipazione	—
ABRUZZO (3)	909	851	1.760	843 (d)	1.055 (e)	e	
MOLISE (4)	225	170	395	280 (f)	19 (g)	97	6
CAMPANIA (5)	2.750	4.164	6.914	3.114 (h)	3.168 (l)	632	38
SICILIA (6)	1.116	3.541 (m)	4.657	1.370 (n)	—	2800 (p)	185

Fonte: elaborazioni della Corte dei conti sui Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni.

L'art. 1, comma 3, DL 23/2007 convertito in l. n. 64/2007 ha stanziato 3.000 mln per l'anno 2007 per la regolazione debitoria fino al 31/12/05 a favore delle Regioni che abbiano sottoscritto un piano di rientro. Successivamente il d.m. 4 maggio 2007 ha ripartito il Fondo tra le Regioni interessate (Lazio: 2.079 mln; Abruzzo: 144 mln; Campania: 363 mln; Molise: 202 mln; Sicilia: 212 mln). L'art. 2, comma 46, l. n. 244/2007 ha inoltre previsto un'anticipazione di liquidità da parte dello Stato da restituire in 30 anni a favore di Lazio, Campania, Molise e Sicilia per un importo complessivo di 9.100 mln.

(1) Si tratta di 327 mln di spettanze residue 2001-2005 e di 877 mln di risorse regionali relative a debito regionale (410 mln), risorse a copertura disavanzo 2005 (252 mln) e altre risorse e fondi regionali (215 mln),

(2) Il debito è stato rideterminato nel Piano di rientro in 9.400 mln. Dei 7.500 mln del debito transatto erano già state estinte le rate fino a tutto il 2006 per complessivi 1.800 mln. (a) si tratta di 582 mln relativi a: spettanze residue (1.408 mln), ripiano disavanzi di IRCCS e policlinici 2002-2004 (148 mln), ripiano disavanzi 2001-2003 (82 mln) al netto di risorse di competenza 2006 utilizzate a copertura debito cumulato (-1.056 mln). Ad essi vanno aggiunti 2.300 mln come quota del Fondo ex DL 23/2007 (b) si tratta di 737 mln da automatismi fiscali e 25 mln da operazioni di cartolarizzazione. (c) l'anticipazione statale è stata quantificata in 5.000 mln, al netto del risparmio in termini di "discount factor" di circa 800 mln.

(3) La Regione si è impegnata in sede di sottoscrizione del Piano di rientro a rinegoziare il debito prevedendo un allungamento del periodo di ammortamento al fine di reperire risorse da destinare all'equilibrio di parte corrente nella misura di 45 mln per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 con riduzione della rata di ammortamento da 98 mln a 53 mln. (d) si tratta di 693 mln relativi a spettanze residue 2001-2005 e ripiano dei disavanzi 2002-2004 nonché 150 mln come quota del Fondo ex DL 23/2007. (e) si tratta di 146 mln di maggiori entrate fiscali e 909 mln di debito regionale già sottoscritto.

(4) L'importo del debito transatto di 225 mln rappresenta la quota capitale. (f) si tratta di 80 mln per spettanze residue 2001-2005 e ripiano disavanzi 2002-2004 e di 200 mln come quota del Fondo ex DL 23/07. (g) si tratta di maggiori entrate fiscali.

(5) La cifra del debito cumulato al 31/12/05 valutata al momento della sottoscrizione del Piano di rientro è indicata con riferimento alla quota capitale. (h) si tratta di 2.794 relativi a spettanze residue 2001-2005, ripiano disavanzi 2002-2004 e ripiano disavanzi IRCCS e policlinici 2001-2003 e 320 mln come quota del Fondo ex DL 23/2007. (i) si tratta di 2.750 relativi alla transazione finanziaria SORESA e 418 ml derivanti dall'automatismo fiscale e da risorse destinate a copertura disavanzo 2005.

(6) A seguito di ricognizione da parte della Regione 259 mln risultano debiti insussistenti. (m) L'importo di 3.541 mln di debito non transatto è stato stimato quale differenza tra 4.657 mln (totale debito) e 1.116 mln (debito transatto comprensivo di indennizzi). (n) si tratta di 1.158 mln relativi a: spettanze già messe a disposizione nel 2005 (494 mln), ripiano disavanzi 1999 e precedenti (125 mln), quote FSN 2003-2005 (778 mln), al netto di recupero dei maggiori gettiti effettivi IRAP e addizionale IRPEF 2001-2003 rispetto a quelli stimati (-239,9 mln) e di 212 mln come quota del Fondo ex DL 23/2007. (p) a seguito dell'ammortamento anticipato del debito è stato stimato un "discount factor" in termini di minore indennizzo forfetario pari a 228 mln.

Tavola 9b

Le Regioni con Piani di rientro. La situazione debitoria

(in milioni)

REGIONI	VERBALI DI MONITORAGGIO TAVOLO TECNICO E COMITATO LEA		
	DEBITI TRANSATTI	DEBITI NON TRANSATTI	DEBITO CUMULATO AL 31/12/05
LIGURIA*	----	----	v. nota
LAZIO**	6.508	3.097	9.605
ABRUZZO***	909	851	1.760
MOLISE****	215	104	319
CAMPANIA*****	2.216	4.804	7.020
SICILIA	in fase di accertamento	in fase di accertamento	in fase di accertamento

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su Verbal di verifica trimestrale e annuale - Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza

* La Regione in data 31/10/07 ha inviato al "Tavolo di monitoraggio" la documentazione certificativa dell'estinzione dei debiti pregressi.

** Il debito non transatto è stato riconciliato con il supporto dell'advisor contabile ed ha portato ad una riduzione rispetto ai dati del PdR (3.700 mln) di 603 mln. L'importo necessario per l'estinzione anticipata del debito transatto è stata valutata dall'advisor finanziario in 4.020 mln (tale importo non è ancora definitivo), da aggiungersi alle rate di ammortamento (scadenza 2006: 1.056 mln e 2007: 1.432 mln). Per quanto riguarda la copertura il Tavolo e il Comitato suggeriscono una rideterminazione del debito non transatto tenendo conto del contenzioso in corso (335 mln), dei debiti rispetto ai quali non corrispondono richieste dei creditori (38 mln), e degli interessi (300 mln).

*** Con il supporto dell'advisor contabile è emerso un disallineamento dei dati ricavabili dai partitari rispetto a quelli indicati nei bilanci, al momento del monitoraggio finale erano ancora in corso le procedure di verifica. Il debito cumulato al 31/12/05 è stato pagato in misura rilevante nel corso del 2006, utilizzando risorse del Fondo sanitario 2006.

**** Il debito transatto è stato estinto anticipatamente nel 2008. La rideterminazione del debito non transatto è ancora in fase di completamento con l'ausilio dell'advisor contabile, al momento della verifica risultavano confermati dai fornitori 139 mln (di cui 63 mln cumulati al 31/12/05) a fronte di un'iscrizione nei bilanci delle aziende di 220 mln (di cui 104 mln cumulati al 31/12/05).

***** L'importo di 2.216 riguarda l'operazione SORESA. Dell'importo del debito non transatto di 4.804 mln risultano pagati 4.182 mln, con un residuo di 622 mln ancora da riconciliare a fronte dei quali ci sono richieste da parte dei fornitori per 847 mln, con uno scostamento di 225 mln rispetto alle previsioni. Dalle verifiche effettuate con il supporto dell'advisor contabile emerge che lo scostamento fra i dati rilevati nei partitari e quelli richiesti dai fornitori è dovuto a duplicazioni dei dati ovvero a contenziosi.

3.5. Il ruolo dell'amministrazione centrale nella politica sanitaria: una analisi per missioni

3.5.1. La riclassificazione del bilancio dello Stato: la tutela della salute. La lettura in base allo schema COFOG e per missioni e programmi.

La revisione della classificazione del bilancio dello Stato ha previsto la definizione della missione "Tutela della salute" suddivisa in 5 programmi come aggregato omogeneo di attività²¹.

²¹ L'Amministrazione ha rilevato, in questa prima fase, criticità nell'applicazione dei mutamenti collegati al processo di riforma del bilancio, soprattutto in relazione ai capitoli formati da più piani gestionali, dove la ripartizione in programmi è indicata solo per il capitolo nel suo complesso. Le correzioni proposte mirano in qualche misura ad eliminare la necessità di procedere a ripartizioni di attività. Ne è un esempio la problematica sollevata in relazione

Fino all'introduzione di tale nuova classificazione, il principale riferimento per una valutazione delle risorse destinate nel Bilancio alla "Sanità" era costituito dalla classificazione COFOG, utilizzata anche a livello internazionale per una comparazione tra amministrazioni. Di qui l'interesse per un confronto tra le rappresentazioni che emergono dall'utilizzo delle due classificazioni in relazione all'esercizio 2007. Nella Tavola 10 gli stanziamenti e gli impegni lordi riferiti alla "Sanità" secondo la classificazione COFOG, di primo e secondo livello, sono letti riclassificati per missioni e programmi.

Va innanzitutto rilevato che gli stanziamenti per la "Sanità" sono pari a 16,3 miliardi nel 2007. Di questi, poco meno di 1 miliardo (970 milioni) è riferibile alla missione "Tutela della salute". La parte più consistente (13,1 miliardi) è invece attribuita alla missione "Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali" ed in particolare al Programma "Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria". Alle missioni "Infrastrutture pubbliche e logistica" e "Ricerca e innovazione" vanno attribuite, invece, le risorse destinate al sostegno dei progetti per l'edilizia e per la ricerca sanitaria (rispettivamente 784 e 692 milioni).

Le restanti somme sono riferite principalmente ai "Servizi istituzionali" (96 milioni) e al debito pubblico (624 milioni).

Va poi considerato che circa 40 milioni riconducibili alla Tutela della salute non sono invece ricompresi nella COFOG Salute corrispondente.

Con la nuova classificazione si punta a dar conto del ruolo che l'amministrazione centrale riveste per il settore. Da questo punto di vista, le scelte assunte sembrano condivisibili. Pur destinandolo ad altra missione, il flusso finanziario diretto alle Regioni mantiene una caratterizzazione settoriale non fosse altro per la denominazione del programma di riferimento. Con l'attuazione del federalismo fiscale dette somme scompariranno dal bilancio dello Stato (già avrebbero dovuto se l'operatività del d.lgs 56/2000 non fosse stata sospesa), così come sono "scomparse" le somme dovute alla trasformazione di trasferimenti in entrate fiscali.

Lo stesso può dirsi degli importi per la ricerca, confluiti nella sola missione "Ricerca e innovazione", ma secondo un dettaglio per programmi leggibile con immediatezza (si tratta della ricerca per il settore della sanità pubblica e per il settore zooprofilattico)

Più difficile è valutare il caso delle infrastrutture. La loro attribuzione al coacervo del programma "Opere pubbliche e infrastrutture" (all'interno della Missione infrastrutture pubbliche e logistica) riduce la leggibilità della destinazione nel bilancio.

alla "sicurezza alimentare". Nell'ambito delle iniziative e azioni intraprese dal Ministero della salute per affrontare in modo globale i fattori di rischio e consentire al Paese di "guadagnare salute", la sicurezza alimentare, anche in relazione alle indicazioni del piano sanitario nazionale 2006-2008, ha assunto un ruolo fondamentale. L'amministrazione ha pertanto richiesto di integrare nell'ambito del programma 1 della missione "Tutela della salute" anche tale attività. Il programma dovrebbe quindi assumere una nuova denominazione: "Prevenzione, assistenza, sicurezza alimentare, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana".

Tavola 10

La sanità nelle classificazioni COFOG e per missioni e programmi

(in migliaia)

(stanziamenti definitivi di competenza)		Classificazione COFOG				
Missione	Programma	totale cofog 7.1 - prodotti apparecchiature e dispositivi	totale cofog 7.4 - Servizi di salute pubblica	TOTALE 7.5 - Ricerca e sviluppo per la sanità	TOTALE 7.6 - Sanità non altrimenti classificabile	totale cofog 7 sanità
Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali	Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria		3.000.000		10.079.697	13.079.697
Agricoltura, politiche agroalimentari e pesca	Svil. e sostenibilit� del sett. agricolo, agroalimenta ecc.		150			150
Infrastrutture pubbliche e logistica	Opere pubbliche e infrastrutture				784.000	784.000
Ricerca e innovazione	Ricerca per il settore della sanit� pubblica	760	333.104	316.640	2.738	653.243
	Ricerca per il settore zooprofilattico			15.593		15.593
Tot. Ricerca e innovazione		760	333.104	332.233	2.738	668.835
Tutela della salute	Prev. assist. indir. e coordin. internaz. in mat. sanit.	11.974	588.280	30.337	62.006	692.597
	Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria	16	77.705	0		77.721
	Programmazione sanitaria e livelli di assistenza		51.541	39.192	12.154	102.887
	Regolamentazione vigil. in mat. di prod. farmaceutici ecc	57.424	16.399	6.228	7.064	87.115
	Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario	533	5.837	1.622	2.036	10.029
Tot. Tutela della salute		69.947	739.763	77.379	83.260	970.349
Sviluppo e riequilibrio territoriale	Polit. per il sost. dei sist. produt. per il mezzogiorno ecc				56.300	56.300
Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbl	Servizi e affari generali per le Amministrazioni di competen	3.398	48.437	7.882	25.303	85.018
	Indirizzo politico				11.010	11.010
Tot. Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbl		3.398	48.437	7.882	36.313	96.029
Fondi da ripartire	Fondi da assegnare	1.363	21.951	3.445	5.252	32.011
DEBITO PUBBLICO	ONERI PER IL SERVIZIO DEL DEBITO STATALE				190.500	190.500
	Rimborsi del debito statale				434.000	434.000
Tot. DEBITO PUBBLICO					624.500	624.500
Totale		75.468	4.143.404	420.939	11.672.060	16.311.870

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Tavola 11

La tutela della salute: la composizione per categorie economiche

(stanziamenti definitivi di competenza)

(in migliaia)

	Valori assoluti	composizione
Categorie economiche		
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	90.632	8,95
CONSUMI INTERMEDI	210.783	20,81
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	4.934	0,49
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	214.595	21,18
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	460.314	45,44
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	19.576	1,93
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE		
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE		
ALTRE USCITE CORRENTI		
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	2.083	0,21
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	9.000	0,89
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE		
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	1.112	0,11
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE		
TOTALE	1.013.029	100,00

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Le somme destinate alla missione 20 sono riconducibili sostanzialmente a quattro categorie economiche: i redditi da lavoro dipendente assorbono il 9 per cento degli stanziamenti, i consumi intermedi e i trasferimenti ad altre Amministrazioni pubbliche il 21 per cento ciascuno, mentre i trasferimenti correnti a famiglie e organizzazioni sociali private assorbono oltre il 45 per cento delle somme.

Nel seguito si dà conto dell'attività svolta nell'anno basandosi sulla ripartizione della missione per programmi. Per ciascuno di essi ci si riferisce anche agli stanziamenti definitivi di competenza ad esso riferibili, guardando al peso relativo delle risorse destinate a ciascun programma nell'ambito della missione e verificandone le caratteristiche in base alla disaggregazione per categorie economiche.

3.5.2. La prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana

Le priorità riferibili a tale programma riguardavano gli interventi per la tutela igienico-sanitaria degli ambienti di vita, del suolo e dell'aria, lo sviluppo e la definizione di linee strategiche per la prevenzione ed il controllo dei rischi sanitari. Sempre in tale ambito vanno collocate le attività volte al potenziamento del ruolo dell'Italia nel settore sanitario attraverso programmi di collaborazione bilaterale e il rafforzamento della presenza degli ospedali italiani

nel mondo, nonché attraverso l'individuazione di un modello organizzativo di rapporti Stato – Regioni in materia di monitoraggio dei flussi di mobilità sanitaria in ambito internazionale.

Tavola 12

Programma 1 – Prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana

(in migliaia)

Categorie economiche	programma 1 Prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziam. iniziali di competenza	Stanziam. definitivi di competenza	Stanziam. iniziali di competenza	Stanziam. definitivi di competenza	Stanziam. iniziali di competenza	Stanziam. definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	42.820	47.177	51,0	52,1	9,2	6,5
CONSUMI INTERMEDI	43.8401	116.688	43,5	55,4	9,4	16,1
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	2.428.129	2.585	52,1	52,4	0,5	0,4
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	67.774	79.139	35,5	36,9	14,5	10,9
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	291.336	460.314	100,0	100,0	62,3	63,4
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	19.545	19.545	99,8	99,8	4,2	2,7
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE						
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE						
ALTRE USCITE CORRENTI						
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	129	829	50,4	39,8	0,0	0,1
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI			0,0	0,0	0,0	0,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE						
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE			0,0	0,0	0,0	0,0
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE						
TOTALE	467.872	726.277	66,8	71,7	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Al programma vanno circa il 72 per cento degli stanziamenti complessivamente destinati alla missione “tutela della salute”.

Del totale delle somme, oltre il 63 per cento sono trasferimenti a famiglie ed istituzioni private. Si tratta principalmente degli importi dovuti per gli indennizzi e i risarcimenti ai soggetti danneggiati da complicità di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati e per le cause di risarcimento danni (293,2 milioni gli stanziamenti definitivi a tale titolo), dei rimborsi delle spese per cure all'estero (107 milioni) e delle spese per il personale navigante (35 milioni).

In riferimento agli indennizzi alle vittime di trattamenti da emoderivati va considerato che l'amministrazione centrale gestisce gli indennizzi a cittadini residenti nelle regioni a statuto speciale (in attesa della modifica degli Statuti di queste regioni), i benefici economici stabiliti dalla legge 229/05 ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, i ricorsi proposti contro i giudizi delle Commissioni mediche ospedaliere e adotta i provvedimenti esecutivi delle sentenze di condanna, dei decreti ingiuntivi e degli atti di precetto in materia di indennizzi e di risarcimenti dal danno.

Va osservato al riguardo che una gestione complessiva del fenomeno in capo ad un unico soggetto centrale consentirebbe margini di efficienza e di efficacia ancora maggiori, permettendo di mantenere una stretta coerenza e omogeneità nelle erogazioni delle somme dovute, indispensabili in un terreno così delicato e con rilevanti implicazioni economiche finanziarie per l'amministrazione pubblica. Al 31 dicembre 2007, sono state definite le procedure relative all'erogazione degli indennizzi e notificati agli interessati 900 decreti decisori.

In crescita rispetto agli stanziamenti iniziali anche quelli relativi ai consumi intermedi (da 43,8 a 116,7 milioni). Una variazione che è da ricondurre prevalentemente al capitolo 4100 che vede crescere lo stanziamento da 4,9 milioni a poco meno di 62 milioni. Questo capitolo presenta diverse gestioni e assicura la copertura di oneri diversi (affitti, cancelleria, utenze e manutenzioni), ma soprattutto di spese per l'informazione sanitaria e l'organizzazione e/o partecipazione a convegni o congressi (17,8 milioni) e spese per attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute (33 milioni). Sempre nei consumi intermedi sono ricomprese le spese per il funzionamento di comitati e commissioni che rispetto alla previsione iniziale, nel complesso pari a 210 mila euro, sono cresciute nella previsione definitiva ad oltre 4,8 milioni anche per la reiscrizione di somme precedentemente andate in perenzione.

I trasferimenti correnti all'estero sono rappresentati dal contributo all'organizzazione mondiale della sanità (19,5 milioni) e al comitato permanente degli ospedali europei.

Nel corso dell'anno è stato approvato il Piano nazionale alcol e salute, che si prefigge la riduzione dei consumi e la prevenzione dei danni ad esso correlati in particolare tra i giovani e gli anziani. Il Piano, sulla base della collaborazione Stato – Regioni, prevede interventi in termini di informazione e prevenzione delle dipendenze, coinvolgendo il mondo della produzione e distribuzione e valorizzando il contributo che può essere offerto dalle organizzazioni di volontariato, nonché prevedendo un monitoraggio sia dei danni correlati all'alcol sia dei risultati delle diverse politiche di contrasto.

Alla Commissione consultiva sulle dipendenze patologiche, insediata nell'anno, sono stati poi affidati compiti di redazione di un Piano di azione complessivo per incrementare gli interventi di contrasto nell'uso delle droghe, del fumo e dell'alcol, per il monitoraggio del fenomeno e la formazione degli operatori sanitari.

Sempre nell'esercizio è stato predisposto il Piano nazionale di azione per la salute delle donne e assunte iniziative per una campagna di vaccinazione gratuita contro il cancro della cervice uterina.

Per quanto riguarda le iniziative per la salvaguardia della salute nei luoghi di lavoro sono state predisposte le linee guida per la prevenzione delle molestie morali e psicologiche.

Sono stati poi redatti documenti sul funzionamento di una “sala situazioni” del Ministero della salute e della rete di informazione rapida relativa alle emergenze sanitarie e definito un sistema per le pianificazioni regionali di prevenzione sanitaria.

Per il potenziamento del ruolo dell'Italia nel contesto internazionale si è proceduto alla definizione delle priorità e del coordinamento delle attività di tutela della salute in ambito comunitario e alla individuazione di un modello organizzativo dei rapporti Stato-Regioni. E' stato a questo fine attribuito ad una task force composta da membri delle amministrazioni centrali e regionali ed esperti il compito di effettuare la programmazione a medio e lungo termine delle attività comunitarie prioritarie e di svolgere una funzione di cabina di regia per il coordinamento dei risultati di una organizzazione in cui sono state ripartite tra le amministrazioni regionali e locali le competenze sanitarie internazionali e affidate al Ministero della salute il ruolo di punto di contatto.

Nell'anno è poi stata elaborata, d'intesa con le Regioni, la metodologia di rilevazione dei flussi di mobilità sanitaria in ambito internazionale, prevedendo la possibilità di utilizzare per tali finalità sistemi informatici esistenti (TESS telematica europea di sicurezza sociale; TECAS Trasferimenti all'estero per cure di altissima specializzazione; ASPEC Assistenza sanitaria Paesi esteri convenzionati).

Nel 2007 sono state, infine, promosse diverse campagne di informazione (tali iniziative sono state in parte sviluppate anche nell'ambito del programma 3). La principale è quella denominata “Guadagnare Salute” e coinvolge non solo il Sistema Sanitario, ma anche altri enti pubblici (Amministrazioni centrali, Regioni, Comuni) e privati: (organizzazioni appartenenti al mondo delle imprese, del sindacato e dell'associazionismo). Il programma ha previsto la realizzazione di campagne informative volte a indurre alcuni cambiamenti nei comportamenti che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica. Nell'ambito del programma “Guadagnare salute” nel 2007 sono state promosse diverse iniziative.

Nell'ambito delle campagne di comunicazione, si ricordano inoltre la campagna “Non giocare con la vita, se guidi non bere” volta a dissuadere i giovani dall'abuso di alcol, specie prima di mettersi al volante; la campagna d'informazione rivolta alla popolazione sui rischi del caldo estivo; la “giornata mondiale dell'AIDS”, la giornata dell'oncologia e la campagna salute della donna.

Per limitare il rischio di numerose malattie è stata costituita con d.m. del 26 aprile 2007, presso il Ministero della salute, la “Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo”, un tavolo tecnico composto da rappresentanti delle Amministrazioni centrali, delle Amministrazioni decentrate, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, con il compito di formulare proposte ed attuare iniziative per favorire una sana alimentazione e una maggiore attività fisica, nonché per contrastare l'abuso di alcol e ridurre il fumo di tabacco.

Direttamente funzionali alle finalità informative alla base della strategia di sensibilizzazione sui temi della salute va considerato il Protocollo d'Intesa siglato il 5 gennaio 2007 con cui il Ministero della pubblica istruzione e il Ministero della salute si sono impegnati a definire strategie comuni e a realizzare un programma d'interventi nel campo salute-scuola per la prevenzione di patologie croniche e il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile.

Durante l'anno in attuazione dell'Intesa sono state avviate alcune iniziative (un progetto pilota di educazione alimentare, una "Giornata Nazionale del Benessere dello Studente"), avvalendosi della collaborazione degli Uffici Scolastici Regionali di alcune Regioni e si è ottenuto il sostegno all'attivazione di un sistema nazionale di sorveglianza sugli stili di vita e ai comportamenti relativi alla salute dell'età evolutiva (6-17 anni).

Sulla stessa linea anche il protocollo sottoscritto il 19 settembre 2007 tra il Ministro della salute ed il Ministro delle politiche giovanili e dello sport, che punta a sensibilizzare la popolazione, e in particolare i giovani, sulla rilevanza di uno stile di vita attivo quale efficace strumento per la prevenzione dei rischi per la salute e a favorire l'inserimento nella pratica sportiva delle persone diversamente abili o portatrici di ritardo, disagio psichico o malattia mentale.

Dal punto di vista finanziario va osservato che lo stanziamento iniziale del pertinente cap. 4100 art. 16 "Spese per l'informazione sanitaria ai fini della promozione della salute ecc.", è stato più volte incrementato durante l'esercizio 2007; sono stati esauriti i fondi disponibili sul capitolo 4392 per la campagna sull'alcol; è stato impegnato l'intero stanziamento disponibile sul capitolo 4141 (0,6 milioni) per la campagna sui trapianti del 2008. L'attività di informazione ha assorbito quindi un rilevante ammontare di risorse. Il rilievo dell'impegno finanziario richiederebbe, tuttavia, un monitoraggio con cui verificare l'efficacia di tali strumenti di promozione e sensibilizzazione.

3.5.3. Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria

Al programma di prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria sono da ricondurre le azioni rivolte all'implementazione delle attività in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale, la vigilanza sugli integratori alimentari nonché le attività in materia di tutela e lotta alle malattie animali.

Alla prevenzione e assistenza veterinaria vanno il 7,7 per cento degli stanziamenti definitivi (in calo rispetto al 10 per cento previsto inizialmente) della missione. Si tratta pressoché esclusivamente di spese per redditi (circa il 35 per cento) e consumi intermedi (56 per cento). Limitati i trasferimenti ad altri soggetti della PA (soprattutto Regioni) e diretti a misure specifiche (randagismo e banca dati per la registrazione degli animali).

Tra i consumi intermedi la voce maggiore riguarda lo stanziamento per la sorveglianza epidemiologica delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (da 30,3 a 32,6 milioni finali).

Nell'anno sono stati istituiti due Comitati: uno per la sicurezza alimentare che svolge compiti consultivi per Amministrazione centrale e Regioni sulle principali sostanze di uso alimentare (additivi etc), organismi geneticamente modificati, prodotti dietetici, pericoli biologici, contaminazione della catena alimentare, salute e benessere degli animali; l'altro con compiti di indirizzo strategico sulle attività da avviare nell'ambito della valutazione del rischio nella catena alimentare (programma di lavoro annuale e pluriennale, priorità di intervento e comunicazione).

Tavola 13

Programma 2 – Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria

(in migliaia)

Categorie economiche	programma 2 Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	25.793	27.111	30,7	29,9	37,0	34,9
CONSUMI INTEREDI	37.091	43.230	36,8	20,5	53,2	55,6
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	1.242	1.295	26,6	26,3	1,8	1,7
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	5.502	5.502	2,9	2,6	7,9	7,1
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE						
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	31	31	0,2	0,2	0,0	0,0
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE						
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE						
ALTRE USCITE CORRENTI						
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	52	552	20,3	26,5	0,1	0,7
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI			0,0	0,0	0,0	0,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE						
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE						
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE						
TOTALE	69.711	77.721	10,0	7,7	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Sono stati poi portati a termine progetti specifici relativi alla valutazione dei requisiti nutrizionali dei prodotti per celiaci, alla sicurezza dei prodotti alimentari e alla predisposizione di una lista di riferimento delle indicazioni riportate sulle etichette degli integratori alimentari.

In tema di tutela e benessere degli animali, infine, sono state adottate proposte di linee guida sulla base dei contenuti e delle raccomandazioni europee sulla tipologia di allevamenti ovini-caprini e ittici presenti in Italia ed è stata portata a compimento la progettazione di un sistema per il monitoraggio delle principali zoonosi.

3.5.4. Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza

Le priorità riferibili al programma si distinguono tra quelle riconducibili alla riorganizzazione e qualificazione dei servizi sanitari, alla riorganizzazione della spesa sanitaria, all'informatizzazione, alla formazione del personale e alla comunicazione. Alla prima area di intervento appartengono le attività svolte per l'individuazione di modelli organizzativi per

assicurare, attraverso un miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, il miglioramento dei servizi e la riduzione dei tempi di attesa. Le iniziative previste mirano al superamento dei divari territoriali nella qualità dei servizi resi, soprattutto in campo oncologico e delle malattie rare, e al potenziamento della vigilanza e controllo sul *doping*.

Sono riferibili, invece, alla seconda area le attività di affiancamento previste per le Regioni in difficoltà e di monitoraggio dei Piani di rientro (verifica delle misure predisposte nei diversi stadi del processo previsto). Lo sviluppo e il completamento del nuovo sistema informativo sanitario (con lo sviluppo di sistemi integrati di reti sia a livello nazionale che internazionale), il cui finanziamento non rientra nel programma (essendo previsto invece nella missione 32.3 Servizi e affari generali), rappresentano da questo punto di vista un elemento indispensabile di completamento dell'attività di monitoraggio e garanzia. Non meno funzionali ad un efficiente uso delle risorse sono, da un lato, le azioni dirette alla formazione e qualificazione del personale (finalizzate tra l'altro alla istituzione di una scuola di formazione) e, dall'altro, gli interventi di comunicazione istituzionale per la promozione della salute.

Tavola 14

Programma 3 – Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza

(in migliaia)

Categorie economiche	programma 3 Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	6.301	6.857	7,5	7,6	6,1	6,1
CONSUMI INTERMEDI	15.414	21.716	15,3	10,3	14,9	19,4
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	406	444	8,7	9,0	0,4	0,4
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	72.259	73.742	37,9	34,4	69,9	65,9
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE						
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO						
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE						
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE						
ALTRE USCITE CORRENTI						
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	26	128	10,3	6,2	0,0	0,1
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	9.000	9.000	100,0	100,0	8,7	8,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE						
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE			0,0	0,0	0,0	0,0
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE						
TOTALE	103.406	111.887	14,8	11,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Alla programmazione sanitaria vanno l'11 per cento degli stanziamenti. Di questi il 66 per cento va ad amministrazioni pubbliche. Si tratta di trasferimenti ad amministrazioni pubbliche, alle regioni per progetti realizzativi del piano sanitario nazionale (60,5 milioni, capitolo 2404) e per il finanziamento di tecniche di procreazione medicalmente assistita (6,8 milioni) e all'agenzia dei servizi sanitari (6,4 milioni).