

assistenziale”, in cui si propone di intervenire a livello nazionale per prevenire e curare la malnutrizione, valutarne i costi, anche economici, ed individuare le problematiche connesse all’organizzazione e gestione della ristorazione nelle strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere.

Nell’ambito dell’obiettivo strutturale “Progetto di semplificazione e miglioramento delle procedure autorizzative di controllo nel settore dei fitofarmaci” è stato completato l’obiettivo operativo “*Snellimento delle procedure autorizzative e riduzione dei tempi delle stesse*”. Sono state selezionate 28 linee di attività tra le 52 individuate, (comprendendo in esse 13 nuove competenze derivate dall’emanando Regolamento comunitario, che andrà a sostituire la direttiva 91/414/CEE, recepita nell’ordinamento nazionale con il d.lgs. 17 marzo 1995, n. 94). Sono state preparati singolarmente dei format standardizzati e codificati per le presentazioni delle rispettive istanze.

Il Segretariato nazionale della valutazione del rischio della catena alimentare costituisce il riferimento nazionale dell’Autorità Europea per la sicurezza alimentare (EFSA) ed è responsabile del coordinamento dei diversi processi di valutazione. Nell’ambito del segretariato si incardinano le segreterie di due organi collegiali: il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare (CNSA) e la Consulta delle associazioni dei consumatori e dei produttori in materia di sicurezza alimentare. I relativi oneri di funzionamento gravano sul capitolo 5118 p.g. 1.

La Consulta è stata istituita con d.m. 18 settembre 2009. Il suo compito principale è quello di rappresentare il tavolo di confronto tra Istituzioni pubbliche e Parti interessate sui temi della sicurezza alimentare e di favorire lo scambio di informazioni tra le Associazioni dei consumatori e dei produttori, di contribuire alle iniziative di comunicazione disposte dagli organi competenti ed, altresì, di esercitare una funzione consultiva nei confronti del Comitato strategico di indirizzo – non ancora costituito - e del Comitato Nazionale per la Sicurezza Alimentare.

La Consulta non si è ancora mai riunita, perchè a tutt’oggi mancano ancora le designazioni per 7 dei suoi membri.

Per quanto riguarda gli obiettivi operativi di competenza per l’anno 2009, in relazione all’obiettivo strutturale “Standardizzazione delle attività di valutazione del rischio finalizzato alla tutela della salute alimentare” e all’obiettivo operativo “*Definizione delle procedure standard connesse al funzionamento della Consulta delle associazioni dei consumatori e dei produttori*”, è stata predisposta la bozza delle procedure operative da standardizzare, in vista dell’avvio dell’attività della Consulta.

Con riguardo all’obiettivo strategico “Ottimizzazione delle attività di coordinamento finalizzate alla tutela della salute alimentare” è stato portato a termine l’obiettivo operativo: “*Implementare l’informazione WEB relativa alla valutazione dei rischi nella catena alimentare attraverso un’area dedicata nell’ambito del Portale del Ministero*”. L’obiettivo si propone di far conoscere le attività svolte dal Segretariato, struttura di riferimento per le tematiche relative alla valutazione del rischio chimico-fisico e biologico nella catena alimentare, attraverso uno strumento di interfacciamento con tutte le parti interessate del sistema.

Gli indennizzi

Gli uffici dell’Amministrazione centrale sono impegnati nella gestione degli indennizzi per i cittadini residenti nelle regioni a statuto speciale nonché per quelli residenti nelle regioni a statuto ordinario per fatti antecedenti al trasferimento delle funzioni; i ricorsi proposti contro il giudizio delle Commissioni mediche ospedaliere e i provvedimenti esecutivi delle sentenze di condanna e dei decreti ingiuntivi in materia di indennizzi e di risarcimenti dal danno ai sensi della legge 210/1992 (lo stanziamento nel 2009 era pari a 104,7 milioni); i benefici economici previsti dalla legge 229/05 in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie (30 milioni); gli indennizzi ai soggetti affetti da sindrome da talidomide, di cui alla legge 244/2007 (10 milioni); l’assegno *una tantum* aggiuntivo ai soggetti danneggiati da vaccinazione deceduti prima dell’entrata in vigore della legge 229/2005, ai sensi della legge 222/2007 (6 milioni); le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, emofilici ed emotrasfusi occasionali

danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni (legge 222/2007 e legge 244/2007, che a questo fine hanno stanziato 150 milioni nel 2007 e 180 milioni a decorrere dal 2008).

Per quanto riguarda le richieste di indennizzi nelle regioni a statuto speciale, le posizioni sono oltre 48.000³⁹. Per quanto concerne i ricorsi avanzati ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/1992 avverso il giudizio delle Commissioni mediche ospedaliere, nel corso del 2009 sono stati proposti circa 1.100 ricorsi, e 780 (comprensivi di quelli presentati nel 2008) sono stati inviati all'Ufficio medico legale per il competente parere; sono stati inoltre predisposti 1.290 decreti decisori.

L'amministrazione centrale, in base ad un accordo raggiunto in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni nell'agosto 2001, dà copertura finanziaria a valere sul proprio bilancio anche agli indennizzi riconosciuti ai soggetti danneggiati residenti nelle regioni a statuto ordinario ed iscritti a ruolo sino al febbraio 2001. A tale finalità sono stati destinati oltre il 60 per cento delle risorse assegnate.

Con riferimento alle cause di risarcimento del danno biologico, sono stati notificati all'Amministrazione circa 1.800 atti (sentenze favorevoli e di condanna di primo e secondo grado, decreti ingiuntivi, atti di precetto e di pignoramento). Nel corso dell'esercizio sono stati adottati 1.366 provvedimenti di liquidazione, a fronte di una stima di 2.500 provvedimenti giurisdizionali di condanna da eseguire. L'insufficienza delle dotazioni finanziarie per l'esercizio ha reso, tuttavia, necessario limitare i pagamenti ai soli provvedimenti esecutivi (1.044 ordini di pagamento per un importo di oltre 22,4 milioni), utilizzando l'emissione di speciali ordini di pagamento rivolti al tesoriere, da regolare in conto sospeso⁴⁰.

Per quanto riguarda i danneggiati da vaccinazioni obbligatorie – che percepiscono, oltre all'indennizzo ex lege 210/1992, anche un ulteriore indennizzo previsto dalla legge 229/2005, nonché l'assegno *una tantum* – nel 2009 sono state definite 18 nuove posizioni. A seguito della decisione 3084/09 del Consiglio di Stato, l'amministrazione ha sospeso la corresponsione dei benefici in attesa dell'emanazione del decreto ministeriale⁴¹ con cui sono stati definiti i criteri per l'erogazione dei benefici e la formazione delle graduatorie. Quanto all'assegno *una tantum*, l'erogazione delle rate 2009 e 2010, a conguaglio di quanto già corrisposto, dovrebbe comportare una spesa superiore alle somme stanziate per tali anni. Per far fronte a tale esigenza, è stato previsto un rifinanziamento per 120 milioni⁴²: il relativo disegno di legge è attualmente all'esame del parlamento.

La legge 244/2007 ha disposto un incremento delle risorse previste di 40 milioni per il 2009 per la corresponsione ai soggetti affetti da sindrome da talidomide, dell'indennizzo previsto dalla legge 229/2005. Nel corso dell'esercizio è stato emanato il regolamento di attuazione, che definisce le modalità da seguire per effettuare il riconoscimento dei beneficiari e per l'effettiva corresponsione dell'indennizzo.

Per quanto concerne l'erogazione dell'assegno *una tantum* da erogare ai sensi dell'articolo 33 del DL 159/2007 ai soggetti già titolari dell'indennizzo previsto dalla legge 210/1992 e deceduti al momento dell'entrata in vigore della legge 229/2005, nel corso del 2009 sono stati erogati benefici a 18 aventi diritto⁴³.

Quanto ai talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o affetti da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali, danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazioni obbligatorie, la legge 244/2007 ha autorizzato la spesa di 180 milioni, a decorrere dal 2008, per stipulare delle transazioni con tali

³⁹ Ad esse corrispondono erogazioni di benefici economici per i soggetti danneggiati o, in caso di decesso, per gli eredi.

⁴⁰ Ai sensi dell'articolo 14, comma 2, del DL 669/1996, convertito in legge 30/1997.

⁴¹ D.m. 21 ottobre 2009, pubblicato in G.U.R.I. il 13 gennaio 2010.

⁴² Art 47 del disegno di legge C.1441-*quater*.

⁴³ L'importo dell'assegno è, stato stabilito in 150.000 euro.

soggetti. Nel corso del 2009 è stato emanato il regolamento⁴⁴ che fissa i criteri in base ai quali sono definite, nell'ambito di un piano pluriennale, le transazioni e le modalità attuative per addivenire alla stipula dei singoli atti transattivi; sono state inoltre stipulate circa 5.000 transazioni.

Negli ultimi esercizi, il contenzioso giurisdizionale (risarcimento per danni ai sensi dell'art. 2043 c.c., riconoscimento diritto agli interessi legali, alla rivalutazione dell'indennità integrativa speciale, riconoscimento indennizzi non attribuiti in via amministrativa) ha subito un significativo incremento, determinando un'intensa attività difensiva presso le sedi giudiziarie, civili del lavoro e amministrative. L'amministrazione provvede all'esecuzione delle sentenze con importi di condanna che, nella maggior parte dei casi, si attestano a cifre non inferiori a 400.000 euro e che in alcuni casi superano 1 milione.

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 7,4 per cento degli stanziamenti definitivi della missione Tutela della salute. Si tratta, pressoché esclusivamente, di spese per redditi (il 36,5 per cento) e consumi intermedi (52,5 per cento). Limitati i trasferimenti ad altri soggetti della PA (soprattutto regioni) o diretti a misure specifiche (randagismo e banca dati per la registrazione degli animali).

Tra i consumi intermedi, la voce più rilevante riguarda lo stanziamento per la sorveglianza epidemiologica delle encefalopatie spongiformi trasmissibili, delle altre malattie infettive e diffuse nonché per il sistema di identificazione e registrazione degli animali (38 milioni).

Sono riconducibili a tale programma due degli obiettivi strategici strutturali: *Adottare interventi volti a garantire il miglioramento della qualità ed efficienza dei servizi, assicurando meccanismi virtuosi nella gestione dei fondi nell'ambito delle attività di assistenza e prevenzione per la salute alimentare e veterinaria, Implementare l'efficacia e l'efficienza di risposta all'utenza esterna in materia di sanità animale e farmaco veterinario.*

E' proseguito nell'anno il programma di monitoraggio per la ricerca di contaminanti chimico-fisici nelle derrate alimentari provenienti dalla Bosnia-Erzegovina e dal Kosovo, gestito insieme con il Ministero della Difesa e dell' Interno. Nel 2009 il finanziamento (capitolo 5400 p.g. 1) è stato ridotto a 750 mila euro rispetto al milione del 2008 ed è stato impegnato a fine anno 2009 con affidamenti agli Istituti zooprofilattici della Puglia e dell'Umbria- Marche, nonché con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

L'anno 2009 ha segnato l'avvio dell'applicazione del d.lgs. 194/2008, concernente la *disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento(CE) n. 882/2004*, che è stato oggetto di molteplici quesiti e contestazioni da parte delle Regioni e delle associazioni di categoria. Non è stato ancora emanato il decreto interministeriale sulle modalità tecniche di versamento delle tariffe. Il provvedimento sostituisce il d.lgs 432/98 e prevede il pagamento di una tariffa da versare alle ASL di competenza da parte di ogni attività all'ingrosso di produzione, deposito e commercializzazione di alimenti (macelli, laboratori di sezionamento carni, lavorazione dei prodotti della pesca ecc.). Essa prevede l'applicazione di tariffe stabilite in rapporto alla reale entità produttiva e, per altre tipologie, attraverso importi a forfait individuati in base a tre classi di entità produttiva presunta per l'anno di riferimento.

⁴⁴ Decreto 28 aprile 2009, n. 32, pubblicato sulla G.U: del 23 settembre 2009.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAVOLA 3.5.3

PROGRAMMA 2 - PREVENZIONE E ASSISTENZA SANITARIA VETERINARIA

	Stanziamen. definitivo competenza	Stanziamen. definitivo di cassa	Impegni Totali	Pagato Totale
Valori assoluti in migliaia di euro				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	34.650,1	37.890,9	36.774,2	38.709,2
CONSUMI INTERMEDI	49.804,3	57.613,7	49.240,4	41.445,2
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	1.809,1	2.029,0	1.797,0	1.827,0
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	4.150,0	5.431,4	4.150,0	5.413,2
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	30,5	30,5	30,5	30,5
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	301,3	405,7	74,1	153,3
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	0,0	0,0	0,0	0,0
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	4.135,8	4.135,8	3.845,8	3.777,0
TOTALE	94.881,1	107.536,9	95.912,0	91.355,5
Composizione 2009				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	36,5	35,2	38,3	42,4
CONSUMI INTERMEDI	52,5	53,6	51,3	45,4
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	1,9	1,9	1,9	2,0
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	4,4	5,1	4,3	5,9
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	0,0	0,0	0,0	0,0
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	0,3	0,4	0,1	0,2
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	0,0	0,0	0,0	0,0
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	4,4	3,8	4,0	4,1
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0
Variazione 2009/2008				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	20,9	17,7	18,4	10,0
CONSUMI INTERMEDI	-1,0	10,7	22,3	0,2
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	16,5	13,0	16,2	8,7
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	-23,0	0,8	-21,8	2,1
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	0,0	0,0	0,0	0,0
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	98,2	-96,2	-67,3	-73,6
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI		-100,0		-100,0
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE				
TOTALE	10,2	3,7	22,3	8,3

Il d.lgs. n. 194/2008 stabilisce che il 2 per cento dei diritti sanitari versati sia destinato all'entrata del bilancio dello Stato per poi essere riassegnato, con decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze, ad apposito capitolo di spesa inserito nelle spese di funzionamento del Ministero della Salute, per far fronte alle spese relative al potenziamento ed al miglioramento dell'efficacia della programmazione tecnico-scientifica del PNI.

Concluso il programma operativo *“Elaborazione di linee guida per la corretta gestione dei canili e delle strutture rifugio, corredate da checklist per l'esecuzione di controlli ispettivi”* che ha permesso di ottenere un rapporto sul numero dei canili sanitari e dei rifugi presenti nelle regioni.

In attuazione dell'obiettivo operativo relativo allo *“Studio di fattibilità per l'implementazione di procedure di tracciabilità informatizzate per il miglioramento delle attività di controllo negli scambi intracomunitari dei mangimi non di origine animale”*, è stata effettuata la verifica delle procedure afferenti le attività di controllo sui prodotti e mangimi di

provenienza comunitaria di origine animale per poterle estendere successivamente anche ai mangimi di origine non animale. Sono stati, inoltre, analizzati i sistemi informativi delle Regioni con i quali le Autorità Sanitarie effettuano il "riconoscimento" e /o la "registrazione" degli Operatori del Settore dei Mangimi ai fini della predisposizione degli elenchi nazionali, così come previsto dal Regolamento (CE) 183/2005 (artt. 9 e 10). L'analisi ha evidenziato che non tutte le Autorità Sanitarie Regionali hanno messo in atto e reso disponibili gli elenchi degli Operatori del Settore dei Mangimi, previsti dal Regolamento (CE) 183/2005. Per onorare gli "obblighi generali in relazione all'organizzazione dei controlli ufficiali" del regolamento è stato predisposto una bozza di linee guida per organizzare ed armonizzare l'attività di controllo.

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.

TAVOLA 3.5.4.

PROGRAMMA 3 - PROGRAMMAZIONE SANITARIA E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

	Stanziamen. definitivo competenza	Stanziamen. definitivo di cassa	Impegni Totali	Pagato Totale
Valori assoluti in migliaia di euro				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	6.822,3	7.950,9	7.413,4	7.525,6
CONSUMI INTERMEDI	14.637,5	59.602,1	13.587,4	12.251,6
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	525,8	603,5	485,3	492,0
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	71.397,9	132.782,5	71.545,9	70.612,3
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	48,8	48,8	31,0	34,1
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	56.058,3	98.306,3	47.067,7	87.939,8
TOTALE	149.490,6	299.294,1	140.130,8	178.855,4
composizione 2009				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	4,6	2,7	5,3	4,2
CONSUMI INTERMEDI	9,8	19,9	9,7	6,8
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	0,4	0,2	0,3	0,3
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	47,8	44,4	51,1	39,5
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	0,0	0,0	0,0	0,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	37,5	32,8	33,6	49,2
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0
Variazione 2009/2008				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	-7,3	-6,0	3,0	10,9
CONSUMI INTERMEDI	-15,7	178,9	-11,8	3,4
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	-6,1	-4,9	4,7	12,3
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	-2,0	78,2	-1,2	461,4
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	-61,1	-97,9	-74,4	-98,5
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	706,8	-14,1	577,4	15,2
TOTALE	42,0	34,9	36,7	62,3

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 che hanno sottoscritto Piani di rientro ed il monitoraggio degli stessi; 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), rappresenta 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.

Alla programmazione sanitaria vanno l'11,6 per cento degli stanziamenti. Di questi, il 47,8 per cento è costituito da 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 (5,2 milioni), e all'Agenzia dei servizi sanitari (4,6 milioni). Il 37,5 per cento degli stanziamenti dell'anno è relativo a contributi agli investimenti. Si tratta della reiscrizione di somme relative a contributi alle regioni andati in perenzione (56,1 milioni).

Tra i consumi intermedi, che rappresentano il 9,8 per cento della spesa (14,6 milioni), 7 milioni sono destinati alle attività di verifica e di controllo dell'assistenza sanitaria svolte anche avvalendosi di esperti o società di ricerca operanti nel campo della valutazione (oltre 2 milioni reiscritti per il pagamento di studi e consulenze) mentre 2,5 milioni sono destinati alle regioni per il cofinanziamento di progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale.

Gli obiettivi operativi

Gli obiettivi operativi posti all'attività amministrativa per l'anno 2009 e riferiti al programma sono riconducibili a due obiettivi strategici: completamento dei Piani di rientro e assicurare la qualità ed efficienza dei servizi sanitari

Per quanto riguarda il primo, in gran parte si è già detto riferendo in precedenza sui risultati ottenuti in sede di monitoraggio (paragrafo 3.4). Un breve riferimento in questa sede merita il complesso delle attività svolte nell'ambito dell'affiancamento delle regioni con Piano di rientro per il loro rilievo sulla gestione dell'amministrazione centrale.

Tale attività svolta dal Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze si svolge nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)⁴⁵. Essa consiste:

- a. nella *preventiva approvazione* dei provvedimenti predisposti dalle singole Regioni in attuazione di quanto previsto nei rispettivi Piani di rientro 2007-2009;
- b. nel *monitoraggio* dell'attuazione e dell'impatto dei Piani, a livello regionale ed interregionale.

La metodologia di affiancamento si focalizza su 2 componenti essenziali:

- monitoraggio formale, che include la verifica dell'avvenuta adozione dei provvedimenti previsti dal Piano di rientro;

⁴⁵ Il SiVeAS rappresenta un *sistema relazionale* orientato ad ottimizzare la interrelazione tra tutti gli interventi, le attività e le istituzioni che la normativa vigente ha, in provvedimenti successivi e non coordinati, previsto in materia di verifica e controllo delle attività sanitarie assicurate dal SSN.

Gli *obiettivi* affidati al SiVeAS dal decreto interministeriale istitutivo del 17 giugno 2006 (art. 1, c 2) riguardano la verifica che ai *finanziamenti* erogati corrispondano *servizi* per i cittadini; nella erogazione dei servizi vengano rispettati criteri di *efficienza ed appropriatezza*.

Le *linee di attività* del SiVeAS possono ricondursi a due macro-aree: l'area delle *garanzie* del raggiungimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e l'area dell'*affiancamento* alle Regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all' art. 1, comma 180 della legge 311/2004, comprensivo di Piano di rientro dai disavanzi.

- monitoraggio sostanziale, orientato a verificare l'impatto che i Piani nel loro complesso stanno avendo sul Sistema Sanitario Regionale e, se necessario, a supportare l'individuazione di ambiti di intervento prioritari e le nuove azioni che le singole Regioni possono attuare.

Il monitoraggio formale dei Piani costituisce la prima attività sulla quale si concentrano gli impegni attuativi a livello centrale⁴⁶. Le attività di approvazione preventiva hanno visto la valutazione di più di 2500 provvedimenti regionali con l'emissione di altrettanti pareri espressi di concerto tra il Ministero della Salute e il Mef, nonché lo svolgimento di numerosi incontri con le regioni interessate.

Il monitoraggio sostanziale è volto, invece, a verificare la realizzazione degli atti posti in essere dalle Regioni nel rispetto dei Piani e l'impatto generato da tali azioni sul Sistema Sanitario Regionale. Il monitoraggio si divide in monitoraggio di attuazione e monitoraggio di sistema. Il primo riguarda la verifica dei provvedimenti regionali adottati nell'ambito del Pdr. Le attività di verifica sono eseguite attraverso l'analisi delle evidenze documentali presentate dalla Regione e, qualora necessario, attraverso approfondimenti diretti con i referenti regionali responsabili per i singoli interventi. Le evidenze che emergono dalle attività di verifica permettono di monitorare *in itinere* lo stato di attuazione degli interventi mettendo a disposizione dei Ministeri e della Regione gli scostamenti tra quanto atteso/pianificato e quanto effettivamente realizzato; la necessità di interventi aggiuntivi/correttivi a fronte di processi di implementazione che dovessero risultare carenti e/o eccessivamente in ritardo⁴⁷.

Il monitoraggio di sistema si realizza attraverso l'implementazione di un sistema di indicatori in grado di esprimere l'evoluzione del sistema nel suo complesso, in termini di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, equilibrio economico finanziario del settore sanitario e impatto sulle condizioni sanitarie e socio sanitarie più rilevanti a livello regionale.

Questa seconda parte del monitoraggio è ancora in fase di costruzione. Sono stati attivati nel 2009 dei Gruppi di Lavoro, che coinvolgono diverse professionalità, che si propongono di valutare l'impatto delle azioni poste in essere a livello regionale in coerenza con gli impegni previsti nel Piano di rientro. I gruppi sono impegnati nello studio delle seguenti aree: Potenziamento dei flussi informativi; Assistenza ospedaliera; Personale; Assistenza extra-ospedaliera⁴⁸.

Sono state inoltre avviate specifiche attività di *affiancamento tecnico-tematico* a livello regionale. Le attività in questo campo si caratterizzano sia per l'offerta di supporto tecnico-professionale alla definizione delle iniziative locali, sia per attività di monitoraggio delle iniziative attuative degli impegni stabiliti nei Piani di rientro.

⁴⁶ Allo scopo di poter gestire unitamente alle Regioni il notevole flusso documentale di provvedimenti in attuazione dei Piani, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stato sviluppato e reso operativo un complesso sistema di *work flow documentale* finalizzato a supportare la gestione delle attività connesse alla funzione di *preventiva approvazione* dei provvedimenti regionali attuativi dei Pdr da parte del Ministero della salute.

⁴⁷ In particolare il Ministero della Salute ha avviato il Monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi da Piano relativi all'implementazione dei Punti Unici di Accesso e ha proseguito le attività volte al monitoraggio dell'attuazione dei Piani regionali di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio.

⁴⁸ Per il monitoraggio di sistema sono stati progettati e avviati quattro Gruppi di Lavoro con l'obiettivo di monitorare gli effetti generati dall'applicazione delle manovre dei Piani di rientro sia sul livello ospedaliero che sul livello territoriale dei Sistemi Sanitari Regionali. Un primo gruppo ha l'obiettivo di "Affiancamento alle Regioni in Piano di rientro per gli obblighi informativi", per garantire l'invio tempestivo di dati completi ed attendibili relativamente ai flussi NSIS. Un secondo deve curare "Analisi dell'assistenza ospedaliera – focus domanda e offerta", con un duplice obiettivo: monitorare l'evoluzione sia della domanda soddisfatta ospedaliera (in termini di appropriatezza clinica, organizzativa ed efficienza) che della rete di offerta ospedaliera (in termini di ospedali, discipline/reparti e posti letto) nel corso del triennio di Piano; verificare l'adeguatezza della rete ospedaliera rispetto al fabbisogno. L' "Analisi dell'assistenza ospedaliera – focus personale", ha l'obiettivo di verificare se il personale risulta adeguato rispetto al fabbisogno e se risulta correttamente allocato nelle diverse strutture, nonché la sua evoluzione nei 3 anni di Piano. L' "Analisi dell'evoluzione della struttura della rete di offerta territoriale", ha l'obiettivo di definire una metodologia di analisi dell'ambito territoriale in termini di evoluzione delle strutture esistenti dal momento della sottoscrizione dei Piani di Rientro.

In particolare, con la collaborazione di esperti SiVeAS, il Ministero della Salute ha provveduto alla predisposizione, discussione ed emanazione di Linee guida organizzative.

Più in particolare, sono state emanate:

- linee guida sulla Valutazione Multi-Dimensionale dei soggetti non autosufficienti (VMD) nell'ambito della gestione dell'assistenza socio-sanitaria;
- linee guida per la riorganizzazione della rete laboratoristica, ai fini della definizione del Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio (ex art. 1, c. 796, lett. o), l. 296/2006);
- linee di indirizzo per la realizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) per i servizi sanitari e sociosanitari, così come previsto dalle recenti indicazioni nazionali e regionali.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo strategico, assicurare la qualità ed efficienza dei servizi sanitari, l'azione amministrativa si è sviluppata attraverso obiettivi operativi che hanno riguardato la revisione dei LEA, dei criteri di appropriatezza e dei nuovi modelli delle cure primarie (H12 e H24), la verifica e programmazione dei costi standard, l'elaborazione delle linee guida in tema di medicina cardiovascolare ed oncologica e la programmazione sanitaria nazionale con attenzione alla qualità e omogeneità sul territorio dei servizi resi.

Lo schema di dPCM di definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) è stato completato. In attesa della sua approvazione è proseguita l'attività di monitoraggio dei LEA, effettuato attraverso il sistema di garanzia, per verificare il raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nelle singole regioni. Nel corso del 2009, oltre alla predisposizione del *Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza*, 2005-2006, è proseguita l'attività volta alla revisione del sistema degli indicatori di monitoraggio⁴⁹. E' stato istituito a questo fine un Tavolo composto da rappresentanti regionali ed istituti di ricerca.

⁴⁹ Il nuovo sistema di garanzia sarà basato su un sistema di indicatori modulare, articolato su tre livelli. Gli obiettivi del ridisegno sono: garantire una valutazione sintetica del rispetto delle garanzie e segnalazione di eventuali situazioni di allerta a livello regionale; ottenere una descrizione delle dimensioni rilevanti dei sistemi sanitari regionali e confronti interregionali e laddove possibile internazionali; permettere una descrizione generale del sistema sanitario nazionale e di alcuni ambiti specifici.

Il primo livello comprende gli indicatori relativi a fenomeni e a dimensioni fondamentali, rispetto ai quali il sistema segnala le criticità macroscopiche, ovvero gli scostamenti rilevanti rispetto a valori obiettivo predeterminati (valori soglia o di riferimento minimi di allarme) e ne prevede eventuali *decisioni* di intervento da parte degli organi competenti, centrali e regionali.

Il secondo livello, gli indicatori che consentono una confrontabilità interregionale ed internazionale significativa, orientata alla evidenziazione di eventuali situazioni di disallineamento rilevante, rispetto alle quali promuovere adeguati approfondimenti analitico-valutativi.

Il terzo livello, elementi informativi utili per fornire una descrizione generale e quanto più esaustiva possibile (con riferimento a valori espressivi di realtà regionali), per tutti i temi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, ai risultati raggiunti e ai determinanti socio-demografici, ambientali ed economici.

Gli indicatori considerati nel corso del 2009 al primo livello sono complessivamente 28, di cui 7 sulla prevenzione, 12 sull'assistenza distrettuale e 9 relativi all'assistenza ospedaliera. Nel corso del 2009 si è proceduto alla sperimentazione degli indicatori per le suddette aree. Si riportano di seguito gli indicatori proposti per il primo livello:

Prevenzione Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: *Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) di vaccinazioni: poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse con o senza Hib Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia*; Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati *Controlli igienico-sanitari nelle strutture residenziali e semiresidenziali: percentuale strutture controllate su strutture presenti*; Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro *Percentuale delle unità controllate sulle unità da controllare*; Salute animale e igiene urbana veterinaria *Livello di copertura delle principali attività di gestione per la sicurezza alimentare del cittadino, con particolare riferimento alla sanità animale nella filiera produttiva*; Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori *Livello di copertura delle principali attività di gestione per la sicurezza alimentare del cittadino, con particolare riferimento agli esercizi di commercializzazione e ristorazione, alla presenza di residui negli alimenti di origine animale e vegetale*; Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening *Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto*.

Un secondo obiettivo operativo riguardava la revisione del percorso territoriale e l'individuazione di nuovi modelli relativi alle cure primarie (H12, H24). L'esame delle iniziative regionali in materia ha portato ad individuare numerose sperimentazioni e modelli organizzativi, nati sotto l'impulso della normativa sia nazionale⁵⁰ che regionale, volti a ridefinire le risposte assistenziali da assicurare ai cittadini con particolare riguardo ai bisogni della cronicità e fragilità. Ciò ha consentito l'avvio di percorsi assistenziali innovativi sul territorio, che hanno coinvolto la medicina generale inserendola in un ampio percorso di sperimentazioni organizzative, i cui assi di sviluppo possono essere individuati principalmente nella continuità, nell'integrazione, nell'appropriatezza, e nell'organizzazione delle cure. L'approfondimento di tali aspetti consente di delineare, nella diversità dei sistemi regionali, alcuni modelli o profili di sviluppo delle cure primarie che, alla luce anche di quanto previsto dagli Accordi nazionali, possono essere ricondotti al Modello erogativo/strutturale con esperienze di coinvolgimento della medicina generale. Essi definiscono assetti organizzativi quali Case della Salute⁵¹, UTAP⁵², Nuclei di Cure Primarie⁵³, Unità complesse delle cure primarie ecc⁵⁴, fortemente integrati nel distretto, di cui rappresentano quasi una unità

Assistenza distrettuale Complessivo Percentuale di accessi in pronto soccorso con codice bianco; Tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni/patologie evitabili: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) Medicina generale Percentuale di popolazione pediatrica sprovvista di PLS Accessi in pronto soccorso di residenti con codice bianco durante la notte, il sabato e la domenica; Pronto soccorso Interventi a massima priorità (ALS) in area urbana Farmaceutica Profilo di consumo di farmaci particolarmente associati ad alcune specifiche patologie: insulina in pazienti diabetici, antiipertensivi in pazienti ipertesi; Ambulatoriale Prestazioni ambulatoriali consumate a distanza dal luogo di residenza Consumo di alcune selezionate tipologie di prestazioni ambulatoriali (o assimilabili) a minore rischio di inappropriata (radioterapie in caso di tumore) Percentuale di donne che hanno effettuato meno di un predefinito numero di visite ginecologiche e di ecografie in gravidanza; Assistenza domiciliare Numero di soggetti trattati in ADI tra la popolazione residente; Assistenza residenziale Numero di posti letto in RSA Numero di posti letto in Hospice;

Assistenza ospedaliera Accessibilità ai servizi Adeguatezza dell'offerta per servizi ospedalieri di base Adeguatezza dell'offerta per servizi ospedalieri di alta specialità Adeguatezza dell'offerta per l'emergenza/urgenza; Equità orizzontale nei consumi Omogeneità dei consumi ospedalieri: tra aree urbane e extra-urbane Omogeneità dei consumi ospedalieri: tra comuni con prevalenza di popolazione "deprivata" elevata e non elevata; equità verticale nei consumi Omogeneità dei consumi ospedalieri: tra popolazione adulta (45-74) e popolazione anziana (75 e oltre); Efficacia Ricoveri ripetuti dai 7 ai 30 giorni nello stesso o in altro ospedale per la stesso MDC, per patologie ad alta percentuale di remissione; Presa in carico Ospedalizzazione degli IMA (Infarto Miocardico Acuto) esitanti in decesso, Adeguatezza della frequenza di ricoverati per chemioterapie oncologiche

⁵⁰ I progetti inoltrati dalle Regioni relativamente al tema delle Cure Primarie negli anni 2007-2009 per l'accesso ai fondi previsti sia dalle leggi finanziarie 2007 (d.m. 10 luglio 2007) e 2008 (d.m. 23 dicembre 2008) che dagli accordi Stato-Regioni del 26 febbraio 2009 e del 25 marzo 2009 per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale riguardano le esperienze di riorganizzazione dell'assistenza Primaria avviate per promuovere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali al fine di garantire l'efficacia della continuità delle cure come previsto sia dal PSN 2006-2008 che dagli AACCN per la Medicina Generale. Infatti, al fine di riorganizzare l'assistenza territoriale per l'erogazione dei Livelli Essenziali ed appropriati di Assistenza, il Ministero della Salute ha elaborato le linee prioritarie contemplate negli accordi e nei Decreti Ministeriali cui le Regioni hanno fatto riferimento per la presentazione dei progetti.

⁵¹ La casa della salute è da intendersi come la struttura polivalente in grado di erogare, in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie favorendo, così, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.

⁵² Utap (Unità di Assistenza Primaria): strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone e di perseguire il conseguimento degli obiettivi e dei programmi dell'assistenza territoriale (presenti soprattutto nella regione Veneto). Si caratterizzano associazione di più medici (MMG, PLS, MCA, Specialisti convenzionati) che operano in una sede al fine di garantire l'integrazione tra la medicina di base e la specialistica.

⁵³ I nuclei di cure primarie sono i modelli organizzativi di base delle Cure Primarie sviluppati soprattutto in Emilia Romagna. Tali unità operano in aree territoriali omogenee, con caratteristiche geomorfologiche simili e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, governo clinico e miglioramento della qualità assistenziale.

⁵⁴ L'Ospedale di comunità è una struttura sanitaria distrettuale in grado di seguire in regime residenziale e semiresidenziale una quota di popolazione che in passato afferiva alla tradizionale degenza ospedaliera e pertanto possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero propriamente detto e le altre possibili risposte

operativa; modello funzionale (flessibile) caratterizzato per un minor livello di strutturazione che favorisce ampi livelli di autonomia professionale ai medici di famiglia, quale l'*Equipe Territoriale* e le *Aggregazioni funzionali territoriali* ed il modello aperto (Multifunzionale) che, realizzato con una forte componente di negoziazione locale, vede la possibilità di sperimentare diversi modelli che condividono soltanto le finalità assistenziali di miglioramento dei servizi.

Sono state predisposte proposte di Linee guida in ambito cardiovascolare ed oncologico. Con la redazione del Piano Nazionale di Contenimento dei tempi di attesa, si è esercitata un'azione di stimolo e vigilanza nei confronti delle Regioni per la definizione di Linee Guida ed attuazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici accompagnata dalla verifica dell'adozione di Linee Guida cliniche od organizzative in tali aree e dell'effettiva implementazione nelle Aziende Sanitarie territoriali ed ospedaliere. Tale attività ha comportato l'esame degli atti regionali nei settori predetti, con formulazione di motivato parere nell'ambito del tavolo permanente di verifica dei LEA che, è vincolante ai fini dell'erogazione della quota parte accantonata di Finanziamento del SSN/SSR.

Per quanto riguarda l'adozione di misure tese alla revisione dei criteri di appropriatezza, sono state monitorate le azioni poste in essere dalle Regioni relativamente all'attività di formazione sull'appropriatezza prescrittiva. L'obiettivo alla base della verifica è stato quello di razionalizzare la domanda di prestazioni sanitarie, adeguando l'attività dei sanitari prescrittori a criteri di appropriatezza clinica secondo le indicazioni di letteratura scientifica internazionale. Tale aspetto era ricompreso nei punti di verifica dei Piani Regionali ed aziendali diretti al contenimento dei tempi di attesa. Si è proceduto anche a studiare l'effettiva adozione di misure di disincentivazione di ricoveri per i DRG individuati a rischio di in appropriatezza e nonché l'adozione sia di programmi per implementare il ricorso al ricovero DH o DS in luogo dei ricoveri ordinari, che di misure per incentivare l'assistenza domiciliare al posto del ricorso al ricovero. L'attività ha condotto alla predisposizione di una proposta di nuovi criteri di appropriatezza.

In merito al Programma Qualità, l'attività si è svolta con la trasmissione alle Regioni e PA di un documento per acquisirne le relative valutazioni. Si è proceduto ad un primo incontro con il Tavolo tecnico delle Regioni per un esame delle proposte delle Regioni e l'effettuazione di un rapporto sui sistemi di valutazione della qualità. Si è quindi proseguito per la definizione dei programmi operativi.

In termini di *costi standard* la scelta operata dall'Amministrazione mira a individuare una metodologia analitica che consenta di individuare le *best practice* nelle varie realtà regionali.

La metodologia si basa su un set di indicatori che coprono il complesso delle attività sanitarie erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, distinte nei Livelli essenziali di assistenza (i LEA) e nei rispettivi sotto-livelli, e che consentono di misurarne e valutarne i livelli di efficienza di appropriatezza raggiunti in ciascuna regione.

Gli indicatori considerati coprono l'assistenza ospedaliera, che costituisce la componente più rilevante dell'offerta del Ssn, guardando sia ai livelli e alla composizione dell'offerta per complessità, sia ai livelli di appropriatezza organizzativa e clinica dei ricoveri e l'assistenza erogata sul territorio, guardando alla composizione dei consumi di farmaci a carico del Ssn, al peso relativo delle prestazioni di diagnostica, alle vaccinazioni e agli screening tumorali, etc.. Per i singoli livelli di assistenza, e per le singole regioni, gli indicatori considerati misurano anche i costi per abitante mediamente sostenuti. L'analisi congiunta degli indicatori selezionati

assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA) con cui non si pone in alternativa, ma in stretto rapporto di collaborazione funzionale.

I modelli H24 sono individuati da quasi tutte le Regioni quali strumenti utili per dare un impulso immediato al processo di riorganizzazione della medicina del territorio in quelle realtà locali dove si rileva un ricorso eccessivo alle strutture di emergenza. L'obiettivo di tali modelli organizzativi, da realizzare in ambito ospedaliero e/o territoriale, è pertanto il contenimento del fenomeno della crescita esponenziale della domanda verso le strutture di Pronto Soccorso.

consente di individuare le realtà che garantiscono i migliori livelli di *performance* complessiva, ossia le *best practice* da promuovere in tutto il nostro Paese.

Si tratta di un percorso che presenta elementi di criticità. I costi effettivamente registrati nelle varie realtà osservate, sono riconducibili al diverso concetto di costo standard utilizzato. I prodotti (output) per essere confrontabili sotto il profilo dei costi di produzione (input) si presuppone che siano omogenei in tutte le loro caratteristiche.

Nella realtà osservata i servizi sanitari vengono prodotti (o garantiti) in base a caratteristiche e modalità che spesso sono peculiari delle singole regioni, come interazione tra una specifica domanda sanitaria e caratteristiche organizzative della struttura di offerta. Le regioni, infatti, godono di ampia autonomia nella fissazione del modello organizzativo assistenziale e l'offerta dei servizi sanitari e il loro utilizzo da parte di una popolazione è correlata alle caratteristiche proprie della popolazione considerata.

La variabilità nei costi dei servizi sanitari tra le varie realtà regionali non dipende, inoltre, solo dalla efficienza allocativa e realizzativa, ma anche da fattori interferenti, quali:

- la diversa composizione per età della popolazione, da cui dipende un ricorso più o meno accentuato ai servizi sanitari;

- la diversità dei contesti economico-sociali regionali che influenza il rapporto domanda/offerta di servizi sanitari e la diversa composizione della spesa sanitaria totale rispetto alle due componenti pubblica e privata;

- la possibilità da parte delle regioni di maggiori dimensioni, geografiche e di popolazione, di avvalersi di economie di scala meno accessibili alle realtà più piccole.

La concreta percorribilità per la definizione dei costi standard presuppone che nelle singole regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e sia stata colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali. Nonostante il sistema di contabilità del SSN si sia notevolmente evoluto e standardizzato rispetto ad altri settori della Pubblica Amministrazione, tali carenze, in molte realtà regionali, sono ancora di rilievo e determinano disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, impedendo la determinazione e l'applicazione del costo standard: in altre parole non sempre i costi (input) sono correttamente attribuiti allo specifico output che hanno generato. Non sempre, poi, i dati sono facilmente reperibili.

Tenuto conto delle difficoltà finora ricordate nella definizioni di costo standard, ai fini dell'attuazione della legge 42/2009, nel settore sanitario ad oggi risulterebbe possibile la determinazione di costi medi regionali e del costo medio nazionale, che non permette tuttavia di risalire alla singola prestazione, ma a gruppi di prestazioni omogenee⁵⁵. E' infine previsto nel nuovo Patto per la Salute per il periodo 2010-2012, un ulteriore miglioramento della qualità nella produzione e rappresentazione dei dati contabili, stabilendo un percorso amministrativo-contabile finalizzato a pervenire alla certificabilità dei bilanci degli enti del servizio sanitario nazionale⁵⁶.

Al di là di quelli che erano gli obiettivi operativi dell'anno vanno segnalati i risultati ottenuti dal lato dei controlli dei costi e nella attuazione dei progetti previsti dal Piano sanitario nazionale.

⁵⁵ Il Ministero della salute, nel corso del 2009, ha istituito un gruppo di lavoro (con i rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dell'Agenas e delle regioni Toscana, Emilia-Romagna, Veneto, Puglia e Sicilia), con il compito di rielaborare le linee guida ministeriali del modello LA per una migliore e più omogenea compilazione del modello stesso e per una più attendibile confrontabilità a livello interregionale. Si mira così a pervenire, dopo una fase di sperimentazione, alla predisposizione di un nuovo schema di modello LA e delle relative linee guida che consenta di ottenere una maggiore uniformità a livello territoriale dei dati trasmessi.

⁵⁶ La concreta possibilità di elaborare e valutare i costi medi è ulteriormente potenziata da quanto previsto nel predetto Patto per la salute. Infatti al fine di assicurare un'ulteriore evoluzione della governance del sistema sanitario si è previsto espressamente che le regioni avviino un confronto fra loro, ai fini di un'autovalutazione, sulla base di indicatori di efficienza e di appropriatezza allocativa delle risorse, in correlazione con la valutazione sull'erogazione dei LEA. Gli esiti di tale confronto sono messi a disposizione della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale.

Per quanto riguarda il controllo delle cartelle cliniche, introdotto dalla legge 133 del 2008, è stato predisposto uno schema di decreto, di concerto con il Ministero dell'Economia, al fine di definire i parametri ai quali Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dovranno attenersi per individuare le prestazioni ad alto rischio di inappropriately clinico-assistenziale e sulle quali effettuare i controlli delle relative cartelle cliniche⁵⁷.

Quanto allo stato di attuazione dei progetti previsti dal Piano Sanitario Nazionale cofinanziati per il triennio 2007-2009⁵⁸, nell'anno sono stati ammessi al finanziamento con d.m. 25 febbraio 2009, su proposta del Comitato LEA previa Intesa della Conferenza Stato Regioni, i progetti presentati dalle Regioni ritenuti rispondenti alle linee guida stabilite con il d.m. 10 luglio 2007⁵⁹. Per quanto concerne le iniziative a livello nazionale, è stato finanziato il progetto "Malattie rare: dalla sorveglianza all'informazione" con la collaborazione dell'ISS - Centro Nazionale Malattie Rare ed è stato autorizzato il finanziamento aggiuntivo di progetti regionali in materia di Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute che presentassero caratteristiche di riproducibilità ed alto grado di trasferibilità a contesti diversi potendo, quindi, costituire un modello di riferimento nazionale. Con Decreti del Capo del Dipartimento della qualità del 3 dicembre 2009 è stata autorizzata l'erogazione delle quote di cofinanziamento aggiuntivo per l'attuazione dei progetti delle Regioni Molise, Sardegna, Valle d'Aosta e Toscana riconosciuti aderenti alle caratteristiche richieste.

Non sono state ancora erogate le risorse relative agli esercizi 2008 e 2009. Per il 2008 le Regioni che hanno aderito all'iniziativa per l'accesso al cofinanziamento di cui al d.m. 23 dicembre 2008⁶⁰ sono state complessivamente 13 ed hanno inoltrato 103 progetti. Il decreto di assegnazione delle risorse deve essere sottoposto preventivamente alla Conferenza Stato Regioni per l'acquisizione della prescritta intesa. Per il 2009 con il Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 14 ottobre 2009 sono state confermate e/o integrate le linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province autonome per l'anno 2009. Non sono ancora pervenuti i progetti regionali.

⁵⁷ Tra i controlli di qualità ed appropriatezza rientrano i controlli di congruità tra le cartelle cliniche e le corrispondenti schede di dimissione ospedaliera (*set* di informazioni, desunte dalla cartella clinica, che costituiscono debito informativo da trasmettere al Ministero della salute). I parametri considerati per individuare le prestazioni ad alto rischio di inappropriately sulla quale effettuare i controlli sono: l'elevato scostamento dei ricoveri in aree territoriali sub-regionali, elevato valore tariffario di singoli ricoveri elevata valorizzazione tariffaria di gruppi di ricoveri nell'ambito dei quali sono state erogate le prestazioni, proporzione sbilanciata, per specifici ricoveri, tra i volumi erogati da diverse tipologie di strutture e/o singole strutture ospedaliere del territorio sub-regionale.

⁵⁸ La legge 296 del 27 dicembre 2006 (legge finanziaria 2007) aveva istituito, per il triennio 2007-2009, un fondo di 65,5 milioni di euro, di cui 5 mln per iniziative nazionali realizzate dal Ministero della salute e 60,5 mln da assegnare alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano per il co-finanziamento di progetti Regionali. Tale importo è stato confermato anche per gli anni 2008 e 2009. La Legge 244/07 (Legge Finanziaria 2008) all'art. 2 co. 374 ha riconfermato, per gli anni 2008 e 2009, lo stanziamento di 60,5 milioni di euro all'anno già previsto nella precedente legge finanziaria, modificandone ed integrandone le linee progettuali.

⁵⁹ Con decreto ministeriale 10 luglio 2007 sono state dettate le linee guida in materia di: sperimentazione del modello assistenziale "Casa della Salute" (10 milioni di euro), iniziative per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato (10 milioni di euro), malattie rare (30 milioni di euro) implementazione della rete delle Unità Spinali Unipolari (10,5 milioni di euro).

⁶⁰ Con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle Politiche Sociali del 23 dicembre 2008 sono state specificate la ripartizione dei fondi per ciascuna delle sei nuove linee progettuali nonché le condizioni a cui le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono attenersi per l'accesso ai suddetti finanziamenti (artt. 3, 4 e 5).

Le quote del Fondo di 60,5 milioni di euro per l'anno 2008 sono state, dall'art. 2 del Decreto, ripartite sulle singole linee progettuali come segue Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute: 30,5 milioni di euro; Malattie rare: 5 milioni di euro; Implementazione delle reti delle unità spinali e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesioni: 5 milioni di euro; Attuazione del patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro: 10 milioni di euro; Promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari: 5 milioni di euro; Attuazione del documento programmatico "Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari": 5 milioni di euro. Per quanto concerne le iniziative a livello nazionale con il D.D. 19 dicembre 2008 (atto programmatico 2008), al fine di utilizzare le migliori esperienze di modelli organizzativi in materia di riorganizzazione del servizio di assistenza sanitaria territoriale è stato autorizzato l'impiego della somma di 5 milioni di euro a favore dei progetti regionali che presentassero caratteristiche di riproducibilità ed alto grado di trasferibilità a contesti diversi.

Il sistema informativo sanitario

E' proseguito nell'anno lo sviluppo del sistema informativo sanitario. Ad esso sono destinati nell'esercizio finanziario risorse rilevanti: circa 21,6 milioni, in termini di stanziamenti definitivi (capitoli 2200,2201,2202,2147), a cui si aggiungono circa 0,4 milioni (capitolo 7121)⁶¹.

E' stata conclusa la gara per il contratto di consulenza direzionale a supporto della cabina di regia, scaduto il 13 aprile. A seguito di aggiudicazione di procedura di gara europea, avente ad oggetto "*Servizi di consulenza direzionale per l'evoluzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e per lo sviluppo di metodologie a Supporto del sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria (SIVEAS)*", tali attività per il prossimo triennio sono affidate dal novembre 2009 al raggruppamento temporaneo di imprese costituito da KPMG, Sinergetica, Pricewaterhouse e Nolan Norton.

Il potenziamento del sistema informativo sanitario rappresenta un elemento fondamentale per migliorare le capacità di analisi per le finalità di monitoraggio dei LEA, di valutazione dell'appropriatezza e, più in generale, di valutazione, controllo e programmazione dell'assistenza sanitaria⁶².

L'utilizzo del Sistema Informativo Sanitario quale strumento di misura di confronto dei Livelli Essenziali di Assistenza erogati dalle diverse Regioni, richiede la disponibilità di dati certi, tempestivi e omogenei e metodi di misura uniformi relativamente all'assistenza sanitaria erogata sul territorio nazionale, pur a fronte di modelli organizzativi diversificati, come conseguenza dell'autonomia regionale.

Per ottenere informazioni confrontabili attraverso il NSIS, è necessario assicurare che laddove si "creino" tali informazioni, cioè a livello aziendale, esse siano già strutturate e complete di tutti i dati necessari ai successivi livelli di governo.

Nel gennaio 2009 sono state avviate azioni finalizzate all'accrescimento del patrimonio informativo, mediante l'istituzione di nuovi flussi informativi NSIS, che recepiscono gli output di specifici Mattoni⁶³.

Si tratta innanzitutto della banca dati per la rilevazione ed il monitoraggio dell'*Assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani* e soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, mediante la trasmissione delle

⁶¹I sistemi informativi sono gestiti attraverso alcuni contratti di appalto (in "outsourcing"). Si tratta dei contratti con il RTI ACCENTURE-ENGINEERING-ALMAVIVA-TELECOM (stipulato in data 3 settembre 2007, che scade nel 2012) e con la Società WIND S.p.A. (stipulato in data 21 dicembre 2006 che scade nel 2011).

⁶²Le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo qualitativo del NSIS sono state attribuite dall'Accordo-Quadro del 22 febbraio 2001, ad un organismo paritetico Stato-Regioni, denominato Cabina di regia. A questa sono affidati la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del NSIS. L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha rafforzato il ruolo dell'NSIS prevedendo che per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, ci si avvale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (art.3 comma1); - la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del NSIS sono affidati alla Cabina di Regia (art.3, comma 4); il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario, sulla base di criteri fissati dalla Cabina di Regia, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui all'intesa. Il patto per la salute del 28 settembre 2006 ha ribadito (punto 4.13) il ruolo centrale del NSIS convenendo sulla necessità di completare il processo di acquisizione dei dati fondamentali per il monitoraggio delle prestazioni. Il ruolo della Cabina di Regia del NSIS è stato, da ultimo, riconfermato anche dal patto per la salute del 3 dicembre 2009 che ha ribadito l'importanza dell'acquisizione dei dati previsti dai flussi informativi recentemente attivati (art. 9).

⁶³Con il progetto Mattoni sono state identificate 15 aree tematiche, per ognuna delle quali è stata prevista la realizzazione di sistemi di classificazione, codifiche, definizione dei contenuti informativi per la rilevazione dei dati, metodi di lettura e valutazione delle informazioni applicabili ai diversi sistemi regionali al fine di ottenere un denominatore comune dell'informazione sanitaria, fruibile attraverso il NSIS. Le aree tematiche sono state riferite a: classificazione strutture; assistenza ospedaliera; prestazioni ambulatoriali; ospedali di riferimento; standard di quantità per i LEA; tempi di attesa; appropriatezza; misura e valutazione degli outcome; fascicolo sanitario informatizzato; consumi farmaceutici; prestazioni di pronto soccorso e 118; prestazioni residenziali e semiresidenziali; assistenza primaria e domiciliare; rilevazione dei costi; assistenza sanitaria collettiva.

informazioni da parte delle Regioni a partire dal 1° luglio 2009; del sistema informativo per il monitoraggio dell'*Assistenza domiciliare* finalizzato a raccogliere le informazioni relative ai singoli eventi che caratterizzano i processi assistenziali erogati in ambito domiciliare, mediante l'invio telematico dei dati da parte delle Regioni a partire dal 1 gennaio 2009; della rilevazione e del monitoraggio delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'*Assistenza in Emergenza-Urgenza* da parte sia del Sistema 118, sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività del Pronto Soccorso, mediante la trasmissione delle informazioni da parte delle Regioni a partire dal 1° gennaio 2009

Questi sistemi informativi è previsto siano attivati nel 2010.

E' proseguita l'attuazione del progetto di Tracciabilità del farmaco nato con l'obiettivo di rafforzare le misure di contrasto delle possibili frodi nel commercio di farmaci. A questo obiettivo è stato aggiunto quello legato al monitoraggio della spesa farmaceutica direttamente a carico delle aziende sanitarie.

Il pieno coinvolgimento delle Regioni, oltre al completo recepimento del lavoro del Mattone 10 "Prestazioni farmaceutiche" ha garantito la convergenza delle iniziative collegate al monitoraggio della spesa nell'ambito del progetto.

Il monitoraggio delle confezioni di medicinali nel canale distributivo (d.m. 15 luglio 2004) e quello della spesa farmaceutica direttamente a carico del SSN (d.m. 31 luglio 2007 e s.m.i) sono pienamente attivi. Quello dei consumi dei medicinali all'interno delle strutture pubbliche (d.m. 4 febbraio 2009) è alla fase di avvio operativo, mentre il monitoraggio previsto degli identificativi univoci delle confezioni di medicinali nel canale distributivo è ancora in fase di studio. Pertanto, nel NSIS sono oggi disponibili flussi informativi analitici relativi non solo ai ricoveri ospedalieri ma anche alla specialistica ambulatoriale e alla farmaceutica territoriale cui dovrebbero aggiungersi, nel corso del 2010, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, quella domiciliare e quella di emergenza.

Al crescere della quantità di dati disponibili diventa sempre più cruciale costruire metodologie di analisi degli stessi che consentano di interpretare concretamente i fenomeni sanitari nei diversi contesti territoriali. Passi ulteriori sono stati compiuti anche su questa direttrice, primo tra tutti la metodologia per l'analisi di variabilità della domanda soddisfatta di prestazioni sanitarie. Tale metodologia, messa a punto nell'ambito dei lavori della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, consente di misurare, a livello di singola ASL e per ogni tipologia di prestazione, le quantità a rischio di inappropriata (prestazioni in eccesso) o, all'inverso, a rischio di inadeguatezza (prestazioni in difetto).

Progressi sono stati ottenuti anche nella realizzazione e nel potenziamento dei sistemi utili al governo del settore, affidati esclusivamente al Ministero o gestiti con altre amministrazioni.

Sulla base delle informazioni, fornite dalle aziende locali e dalle Regioni, sono alimentati sistemi informativi relativi alla prevenzione (malattie trasmissibili, campagne vaccinali, ecc.)⁶⁴ e alla veterinaria, ai trapianti, ai servizi trasfusionali⁶⁵, ai repertorio dei dispositivi

⁶⁴ Il sistema per il monitoraggio e la gestione delle segnalazioni delle malattie trasmissibili consente di disporre di un'unica base dati per la sorveglianza di tutte le malattie, di eliminare le disomogeneità esistenti nei contenuti della notifica, di diminuire sensibilmente i tempi per la comunicazione delle informazioni relative alle sorveglianze "speciali" e "sentinella".

⁶⁵ Il Sistema Informativo Trapianti consente di supportare le attività che governano la domanda e l'offerta di organi per i trapianti. L'organizzazione in cui tale sistema si colloca si compone di strutture operative (reparti di rianimazione e centri di trapianto) che fanno capo ai Centri regionali. La gerarchia organizzativa prevede che tali strutture operative siano coordinate da Centri Inter-Regionali (CIR) che a loro volta sono supervisionati dal Centro Nazionale per i Trapianti (CNT).

⁶⁶ Il Sistema informativo dei servizi trasfusionali rappresenta uno strumento strategico di imprescindibile supporto per il conseguimento degli obiettivi previsti dalla legge, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza in materia di attività trasfusionali. (anagrafiche strutture; programmazione e pianificazione del fabbisogno; raccolta e utilizzo del sangue e dei suoi componenti; produzione e utilizzo di farmaci plasma derivati; informazioni concernenti la qualità dei prodotti/servizi).

medici⁶⁷, all'assistenza sanitaria del personale navigante, alla mobilità sanitaria internazionale⁶⁸.

Il sistema informativo sanitario è stato coinvolto, insieme ad altre amministrazioni in altri progetti, che incideranno sulla governabilità delle spesa sanitaria e sulla attuazione del federalismo fiscale. Si tratta innanzitutto del progetto Tessera sanitaria⁶⁹. Il raccordo fra la realizzazione del NSIS ed il progetto di Tessera Sanitaria renderebbe possibile la condivisione completa e tempestiva delle informazioni raccolte per il monitoraggio della spesa delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche e le correlate analisi di appropriatezza.

Su una maggiore trasparenza e completezza delle informazioni incide anche il progetto per il collegamento in rete dei medici del SSN secondo quanto previsto dalla legge finanziaria 2007 (articolo 1, comma 810) che prevede la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'Inps. Il dPCM attuativo è del 26 marzo 2008⁷⁰.

Nel 2009 sono state poi predisposte, le linee guida per il "Sistema dei CUP", trasmesse alla Conferenza Stato-Regioni ai fini dell'iter istruttorio di competenza. Si tratta di una iniziativa che trae origine da una ricognizione del luglio 2008 che ha permesso di evidenziare una situazione estremamente eterogenea, a livello nazionale, in termini di disponibilità, copertura e caratteristiche dei sistemi CUP, maturità dei sistemi informativi e soluzioni applicative adottate.

E' proseguito nel 2009 il progetto per lo sviluppo della telemedicina. Attraverso l'uso dell'ICT, è possibile offrire una migliore qualità dell'assistenza sanitaria consentendo di fruire di servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza. E' quindi un fattore strategico nel ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza del Paese. Per lo sviluppo di tale servizio l'Amministrazione ha stipulato una convenzione con la regione Emilia ai fini della costituzione dell'Osservatorio nazionale per la valutazione ed il monitoraggio delle applicazioni *eCare*. Tale Osservatorio (di cui fanno parte le Regioni Toscana, Liguria, Marche, Campania, Sicilia e Veneto) è stato costituito con l'obiettivo di analizzare in modo sistematico i servizi di *home care* realizzati con il supporto della tecnologia. Sulla base delle attività già condotte, il progetto ha consentito nel 2009 di proseguire l'indagine sulle applicazioni di telemedicina con specifico riferimento a quelle dedicate all'assistenza agli anziani non autosufficienti, in situazioni di cronicità o dimessi da strutture ospedaliere dopo cure intensive.

⁶⁷ Con l'istituzione della Commissione Unica dei Dispositivi Medici (CUD), il Repertorio dei dispositivi medici ha dato notevole impulso al settore per quanto attiene la specifica necessità di conoscenza dei dispositivi sul mercato ed in particolare dei dispositivi utilizzati dalle strutture sanitarie pubbliche, anche al fine di una efficace azione di monitoraggio dei costi a carico del SSN. Il sistema informativo è attivo dal 1 maggio 2007.

⁶⁸ Il Sistema per la mobilità internazionale ha lo scopo di tutelare, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, gli assistiti che si spostano all'interno degli Stati della Unione Europea, della Svizzera, dello Spazio Economico Europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein), dei Paesi in convenzione con i quali sono in vigore accordi di sicurezza sociale, ed in tutti gli altri Paesi extra UE/SEE non convenzionati (assistenza sanitaria indiretta) per lavoro o per sottoporsi a trattamenti ad altissima specializzazione.

⁶⁹ L'articolo 50 del decreto legge n. 269/2003 convertito con modificazioni dalla legge n. 326/2003, pone in carico al Mef la realizzazione di un'anagrafe nazionale degli assistiti e dei medici prescrittori, la distribuzione di una tessera sanitaria e di un sistema per il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche. Il DPCM 26 marzo 2008 ha ampliato le attività afferenti al Sistema Tessera Sanitaria attraverso il collegamento in rete dei medici del SSN, la trasmissione delle prescrizioni dal medico al MEF e l'invio del certificato telematico all'INPS. Il MEF, attraverso una convenzione ha affidato la realizzazione operativa del progetto all'Agenzia delle Entrate ed alla SOGEI. In particolare, sono state condotte attività di condivisione ed approfondimento con i soggetti coinvolti nel sistema Tessera Sanitaria, che hanno consentito la progressiva messa a regime del sistema su tutto il territorio nazionale a partire dal anno 2009.

⁷⁰ Nell'ultimo accordo collettivo nazionale dei Medici di Medicina Generale l'obbligo del rispetto della trasmissione telematica dei dati delle prescrizioni da parte dei medici del SSN.

3.5.5. Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano

Gli interventi diretti ad assicurare il riordino del settore delle farmacie e la ridefinizione della figura professionale nell'ottica del pieno soddisfacimento delle esigenze sanitarie dei cittadini hanno rappresentato l'obiettivo prioritario dell'azione di questo programma.

Alla regolazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari va il 4,6 per cento degli stanziamenti finali della missione. Gli importi sono riconducibili a 3 categorie principali: trasferimenti a PA, consumi intermedi e personale. In termini di consumi intermedi, l'importo passa da 0,8 milioni degli stanziamenti iniziali a 14,4 milioni. Una variazione da ricondurre prevalentemente al capitolo 3016 p.g 02 che riguarda l'attività di valutazione e controllo anche attraverso convenzioni in materia di farmaci e dispositivi medici. Anche le "missioni all'estero pari nel bilancio iniziale a 27 mila euro, risultano a consuntivo superiori ad 2,5 milioni. In generale tutte le spese per consumi intermedi risultano a consuntivo di molto superiori a quelle che erano le previsioni iniziali di bilancio

Tra i trasferimenti a soggetti della PA, l'importo quasi totalitario è rappresentato dal contributo assicurato all'AIFA pari a 37,1 milioni.

TAVOLA 3.5.5

PROGRAMMA 4 - REGOLAMENTAZIONE E VIGILANZA IN MATERIA DI PRODOTTI FARMACEUTICI ED ALTRI PRODOTTI AD USO UMANO

	Stanziamen. definitivo competenza	Stanziamen. definitivo di cassa	Impegni Totali	Pagato Totale
Valori assoluti in migliaia di euro				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	6.622	7.424	6.867	7.008
CONSUMI INTERMEDI	14.405	23.644	14.262	7.358
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	500	552	445	442
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	37.525	38.444	35.863	35.128
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	50	50	32	33
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	82	82	77	77
TOTALE	59.184	70.195	57.547	50.045
composizione 2009				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	11,2	10,6	11,9	14,0
CONSUMI INTERMEDI	24,3	33,7	24,8	14,7
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	0,8	0,8	0,8	0,9
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	63,4	54,8	62,3	70,2
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	0,1	0,1	0,1	0,1
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	0,1	0,1	0,1	0,2
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0
Variazione 2009/2008				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	13,6	10,2	7,1	0,4
CONSUMI INTERMEDI	90,9	202,1	283,8	22,0
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	11,6	8,1	6,0	-3,9
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	-15,3	-19,5	-14,3	-20,0
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	-50,1	-50,1	-65,1	-63,6
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	-31,2	-92,6	-92,9	-92,9
TOTALE	1,5	9,6	7,4	-14,5

Gli obiettivi operativi posti all'attività amministrativa per l'anno 2009 e riferiti al programma sono riconducibili a due obiettivi strategici: il riordino del settore delle farmacie (M.1) e l'individuazione di criteri idonei ad attivare meccanismi virtuosi nella gestione dei