

alcune voci di costo relative a oneri rimborsati all'amministrazione o ad attività istituzionali non altrimenti assolvibili.

Non è possibile in quest'ambito ricostruire, a partire dai dati del sistema informativo, un dettaglio degli oneri sostenuti per le funzioni oggetto di verifica che tenga conto delle differenze. Va, tuttavia, osservato che il riferimento ad un complesso sistema di esenzioni ed eccezioni al limite di spesa rende certamente difficile una valutazione, sia a preventivo che a consuntivo, dell'efficacia delle misure assunte, lasciando alla valutazione delle singole amministrazioni margini di flessibilità che possono rendere inefficaci misure di contenimento della spesa aventi caratteristiche simili a quelle proposte con il D.L. 78/2010.

Sulla effettiva stringenza dei meccanismi di contenimento della spesa e sulla leggibilità dei risultati ha certamente inciso anche il forte rilievo nell'anno delle variazioni di natura amministrativa, che hanno comportato aumenti significativi degli stanziamenti soprattutto della spesa per consumi intermedi a ragione, come si è visto in precedenza, della destinazione a tale categoria di spesa di parte delle riassegnazioni, ma anche di un consistente ammontare di reiscrizioni di residui perenti nonché di riconoscimenti di debito.

Debiti pregressi e riconoscimenti di debito. Nonostante l'attività di analisi e revisione delle procedure per l'integrazione degli stanziamenti iniziali in corso d'anno, in linea con le disposizioni e gli strumenti indicati dal MEF⁹, atti a migliorare l'utilizzo delle risorse pubbliche per evitare il formarsi di situazioni debitorie, le riduzioni degli stanziamenti e le altre misure restrittive hanno continuato a determinare la formazione di alcune situazioni debitorie e lo slittamento degli oneri agli esercizi successivi. Nel corso dell'anno (novembre 2011) è stata definita la situazione aggiornata dei debiti accertati al 31.12.2010 per i vari programmi, che risulta articolata come dettagliato nella tavola che segue.

Del totale dei debiti al 31 dicembre 2010 accertati, pari a 53 milioni, nel 2011 è stato possibile finanziarne solo 11,6, tutti relativi a consumi intermedi.

in euro

TIPOLOGIA DI SPESA	CAPITOLO/P.G.	DEBITO ACCERTATO (SITUAZIONE AL 31.12.2010)	DMT 114154	
			CAP e pg.	competenza
SMALTIMENTO DEI RIFIUTI	1263\7	2.001.868		
FITTO LOCALI E ONERI ACCESSORI	1263\8	63.715	1263 pg. 44	2.067.424
UTENZE E CANONI	1263\6	1.841		
FITTO LOCALI E ONERI ACCESSORI	2017\1	2.969.102	2017 pg. 58	2.969.103
RIMBORSI A REGIONI E PROVINCE AUTONOME PER ACCERTAMENTI EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE DEL SSN DA CITTADINI ITALIANI IMPEGNATI IN BOSNIA-HERZEGOVINA	2371	30.628		-
RICERCA SANITARIA	3398	1.154.715		-
	3458	16.000.000		-
FUNZIONAMENTO AIFA	7230	20.827.093		-
	3459	3.422.477		-
BOLLETTINO FARMACODIPENDENZE E ALCOLISMO	4100\28	4.184	4100 pg. 39	4.185
ATTUAZIONE PROGRAMMI HIV	4310	227.301	4310 pg. 2	227.301
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA BSE	5391	6.138.729	5391 pg. 2	6.138.729
STUDI, INDAGINI E RICERCHE ESEGUITI DAGLI IZS	5100\13	209.278	5100 p.g. 26	209.278
TOTALE		53.050.930		11.616.020

Fonte: dati UCB Ministero della salute

Con la circolare n. 6 del 27 febbraio 2012 il Ministero dell'economia e delle finanze ha fornito indicazioni ulteriori per il riconoscimento di debiti fuori bilancio. L'esame dei risultati ha consentito di aggiornare la ricognizione dei debiti fuori bilancio al 31.12.2011.

⁹ Circolari n. 7 del 2008, n. 38 del 2010, n. 6 del 2012.

Il quadro che ne emerge dà conto della criticità di alcune scelte di contenimento della spesa degli scorsi esercizi. I debiti pregressi evidenziati raggiungono a fine 2011 gli 88 milioni. Sono tre le voci principali cui ricondurre il fenomeno: si tratta delle spese per il potenziamento della sorveglianza epidemiologica delle encefalopatie spongiformi per oltre 18,6 milioni; le somme dovute a titolo di indennizzo e risarcimento ai soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile per 21,4 milioni, risultato prevedibile di un sottodimensionamento della spesa che crea danni all'amministrazione oltre che ritardi gravi nella corresponsione del dovuto alle persone danneggiate; fondi da destinare all'AIFA per la gestione degli investimenti e della quota incentivante per 41,3 milioni relativi a meccanismi previsti dalla legge, ma non dalle ordinarie procedure di bilancio. Le restanti somme sono relative a consumi intermedi per un totale di circa 8 milioni. Tra questi, un debito pregresso originato dalla reiscrizione di residui perenti relativo al finanziamento di progetti di ricerca finalizzata.

L'accumulo dei residui e le perenzioni. Sul fronte dei residui si segnalano nell'esercizio due elementi di interesse.

Il primo è relativo al regime dei residui di stanziamento. Si tratta, in particolare, delle somme destinate al finanziamento di progetti di ricerca (capitolo 3398). Nel 2010 erano risultati su tale capitolo residui di stanziamento per 85,6 milioni, pari al 68 per cento dei residui per i quali era stato richiesto il mantenimento in bilancio (125,9 milioni). Nel 2011 l'ammontare dei residui per i quali è stata richiesta la conservazione è sceso a 88 milioni, di cui 84 riferiti al suddetto capitolo. Al riguardo va osservato che nelle attività di ricerca sanitaria ha inciso sui tempi di attuazione degli interventi il cambiamento delle procedure di selezione dei progetti da finanziare. La valutazione dei progetti da parte di esperti internazionali che garantisce maggiore trasparenza ed indipendenza alla selezione ha determinato, almeno in una prima fase di avvio, tempi più lunghi per la definizione dell'iter amministrativo. La legge di bilancio per l'anno 2010, proprio per tener conto di tale specificità, ha previsto che i residui di tali spese fossero assimilabili a quelli in conto capitale. Ciò ha evitato che questi fondi fossero mandati in economia. Diversamente, per effetto del DL 98/2011, art. 10 comma 10, non si applica il mantenimento dei residui di stanziamento per il capitolo della ricerca sanitaria finalizzata (3381) e per il capitolo relativo alla lotta e prevenzione HIV (4310).

Il secondo elemento da sottolineare è quello dell'andamento dei residui andati in perenzione. Sotto questo profilo, l'esercizio è caratterizzato da due aspetti strettamente collegati, che rappresentano un fenomeno di per se preoccupante. Nel 2011 si presenta un forte aumento dei residui propri che, per l'accorciamento dei tempi di mantenimento in bilancio, sono stati posti in perenzione. L'importo cresce nell'anno del 40 per cento rispetto al 2010, superando in valore assoluto i 410 milioni. Una crescita concentrata sul fronte della spesa corrente (oltre il 99 per cento dell'incremento complessivo) e distribuita tra consumi intermedi, trasferimenti a pubbliche amministrazioni e a famiglie e istituzioni private. Nel conto del patrimonio, la consistenza dei residui ha superato al 31 dicembre 2011 il miliardo, per oltre la metà concentrata su trasferimenti alle famiglie e per pressoché pari ammontare su consumi intermedi e trasferimenti ad Amministrazioni pubbliche.

Parallelamente, sul fronte delle re-iscrizioni nell'anno si registra una forte crescita (+16 per cento). Sono oltre 100 milioni, di cui 59,7 per parte capitale (trasferimenti a PA) e 41,3 di parte corrente di cui 9,7 per consumi intermedi e 30,6 verso amministrazioni pubbliche¹⁰.

¹⁰ Al riguardo va rilevato che nella relazione dell'Ufficio centrale di bilancio resa ai sensi dell'art. 18, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 123/2011, si dà conto di una serie di rilievi per irregolarità riscontrate, che per numerosità non si discosta dal trend degli anni precedenti e che hanno riguardato soprattutto variazioni compensative di bilancio e problemi di competenza, richieste di re-iscrizione di residui perenti inficiate da documentazione incompleta o non coerente o da irregolarità contabile. Alcuni rilievi hanno riguardato provvedimenti relativi al trattamento economico del personale del Ministero per incarichi ricevuti in ritardo rispetto alle relative nomine, per crediti errati, carenza di fondi, mancanza di documentazione in originale, mancata autorizzazione nell'uso del mezzo proprio. Molto più numerose rispetto allo standard annuale, invece, le note di osservazione avanzate dall'Ufficio III in sede di controllo preventivo della spesa a seguito dell'entrata in vigore di alcune norme che hanno avuto un forte impatto sull'attività dell'Ufficio

Guardando ai pagamenti effettuati nell'anno, si evidenzia il rilievo della gestione dei residui re-iscritti: dei pagamenti effettuati (al netto delle spese per redditi da lavoro dipendente, 1.331 milioni), il 13 per cento è stato possibile per la re-iscrizione di somme andate in perenzione.

Tale fenomeno rappresenta un risultato evidente di come, in molti casi, l'utilizzo dell'accorciamento dei tempi di mantenimento in bilancio dei residui adottato ai fini di migliorare i saldi di finanza pubblica abbia una efficacia solo apparente. Il rallentamento artificioso della spesa che ne deriva genera distorsioni non solo arrecando un danno ai soggetti destinatari della spesa, ma anche comportando un significativo peggioramento nella gestione se non anche, come in alcuni casi, facendo aumentare gli oneri da riconoscere per i ritardi di pagamento. Una rapida perenzione di fondi a fronte di obbligazioni reali assunta, in luogo di una effettiva e selezionata scelta di riduzione della spesa, comporta un beneficio per la finanza pubblica destinato ad avere effetti distorsivi e, sempre più spesso, temporanei.

in milioni						
Anni	Residui perenti di parte corrente al 31/12	Ammontare re-iscrizioni	% re-iscrizioni	Residui perenti di parte capitale al 31/12	Ammontare re-iscrizioni	% re-iscrizioni
2008	245,38	6,11	2,49	646,92	6,52	1,01
2009	-	-	-	-	-	-
2010	677,77	36,43	5,37	582,88	51,49	8,83
2011	1.047,05	41,33	3,94	523,81	59,71	11,39

Le caratteristiche e problematiche dei capitoli fondo. Oltre ai quattro capitoli fondo comuni a tutte le Amministrazioni, nello stato di previsione del Ministero per l'esercizio 2011 sono stati considerati il cap. 3392 "Fondo occorrente per il finanziamento delle attività di ricerca corrente e finalizzata, nonché di sperimentazione in materia sanitaria" che viene ripartito, in base alle esigenze, tra i capitoli concernenti l'attività di ricerca corrente degli Istituti di ricerca, ricovero e cura a carattere scientifico, l'attività di ricerca corrente di Istituti zooprofilattici sperimentali e l'attività di ricerca finalizzata (dotato di uno stanziamento iniziale di 300,4 milioni); il cap. 3603 "Fondo da ripartire per dotare luoghi, strutture e mezzi di trasporto di defibrillatori semiautomatici e automatici" con uno stanziamento per il 2011 pari a 2 milioni per favorire la diffusione dei defibrillatori esterni nel triennio 2010-2012 (legge finanziaria 2010). E' stato invece eliminato il fondo per la realizzazione di una campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani impegnati in Bosnia Herzegovina e Kosovo per effetto dell'abrogazione della normativa di copertura finanziaria.

Si tratta in particolare della legge 136/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" che ha introdotto il principio della tracciabilità dei flussi finanziari; del d.P.R. n. 207/2010 "Regolamento di esecuzione ed attuazione del DL 163/2006 "Regolamento per i contratti ed i servizi in economia; del d.lgs. n. 123/2011 "Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa a norma dell'art. 49 della L. 196/2009". Numerosi contratti sono stati infatti restituiti all'Amministrazione perché provvedesse all'integrazione con il Codice Identificativo di Gara, con il codice CUP o con l'indicazione del conto corrente dedicato al fine di evitare la nullità del contratto stesso. Alcuni provvedimenti, invece, sono stati restituiti perché la spesa era eccedente il capitolo di bilancio.

4. Programmazione strategica e valutazione dei risultati

Nel 2011 ha continuato a svolgere il ruolo di supporto all'amministrazione ed al suo vertice politico l'Organismo Indipendente di Valutazione delle *performance*, istituito quale organo monocratico con il DM 30 aprile 2010 in conformità a quanto previsto all'art. 14 del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009. Con lo schema di regolamento degli uffici di diretta collaborazione è attualmente in via di definizione anche la nuova disciplina dell'OIV e della relativa struttura tecnica permanente. E' prevista la possibilità di sostituire l'organo monocratico con un collegio di tre membri, di cui due dirigenti di seconda fascia e un esperto esterno con funzioni di presidente. Il passaggio dall'organo monocratico a quello collegiale non determinerebbe comunque nuovi o maggiori oneri, in quanto non sarebbero previste posizioni dirigenziali aggiuntive rispetto a quelle individuate per le esigenze degli uffici di diretta collaborazione.

L'OIV utilizza per il monitoraggio un nuovo sistema informatizzato, realizzato *in house* ad opera della Direzione generale del Sistema Informativo, sulla base dei suggerimenti e osservazioni fornite dai componenti della Struttura tecnica permanente dell'OIV.

Il ciclo di gestione della performance è stato attuato attraverso gli strumenti operativi introdotti dal d.lgs. n.150/2009: innanzitutto il Sistema di misurazione e valutazione della performance (redatto dall'OIV entro il 30 settembre 2010 ed adottato con decreto ministeriale il 30 dicembre 2010) le cui linee metodologiche portanti sono il controllo strategico, in cui monitorare l'attuazione di piani e programmi, ovvero misurare l'effettivo grado di attuazione dei medesimi, puntando, attraverso la valutazione dei feed-back, alla progressiva modernizzazione e al miglioramento qualitativo dell'Amministrazione; il portafoglio delle attività e dei servizi, attraverso cui misurare e valutare la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; lo stato di salute dell'Amministrazione, nel cui ambito misurare e valutare l'efficienza nell'impiego delle risorse; gli impatti dell'azione amministrativa, in cui misurare e valutare l'attuazione delle politiche attivate.

Il secondo strumento adottato è il Piano della performance, emanato con decreto del Ministro in data 4 febbraio 2011 e che dovrebbe, a regime, consentire un raccordo tra ciclo della performance e programmazione finanziaria e di bilancio. Tuttavia per il triennio 2011-2013 tale raccordo è stato possibile solo in parte, essendo stata la Nota integrativa approvata prima dell'avvio del processo di pianificazione strategica e di programmazione delle attività istituzionali. La Nota integrativa, infatti, prevede con riferimento alla spesa una sezione in cui va indicato il piano degli obiettivi correlati a ciascun programma e i relativi indicatori di risultato per programmare il migliore utilizzo delle risorse per il triennio di riferimento del bilancio. Inoltre, i Nuclei di analisi e valutazione della spesa possono effettuare proposte per l'adozione di indicatori misurabili appropriati a rappresentare i risultati intermedi o finali dei programmi di spesa. Nel corso del 2011 l'OIV ha dato avvio al processo di redazione del Piano per il triennio 2012-2014 che si è concluso con la predisposizione della Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione del 19 gennaio 2012.

Il terzo strumento adottato è il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (D.M. del 24 marzo 2011) che costituisce lo strumento di attuazione della disciplina della trasparenza e della cultura dell'integrità. Il programma è stato elaborato sulla scorta delle linee guida che la Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza ha emanato con delibera n. 105/2010, individuando i contenuti minimi e le caratteristiche essenziali del Programma triennale.

Per quanto riguarda la definizione e conseguente adozione degli standard di qualità dei servizi erogati dall'Amministrazione (DM del 29 dicembre 2011), in ragione dell'esiguità dei tempi assegnati, essi non sono stati inseriti nel Piano della performance; va tuttavia segnalato che nel marzo 2011 l'OIV ha costituito un apposito gruppo di lavoro che ha coinvolto, oltre alla struttura tecnica permanente, la rete dei tutor di Dipartimento e di Direzione. Prima della fine dell'anno è stato individuato un primo set di standard qualitativi relativi a 26 servizi.

5. Le missioni e i programmi: valutazioni finanziarie e criticità gestionali

Nel 2011 il Ministero della salute ha nuovamente esercitato a pieno regime le responsabilità di governo nel settore della tutela e promozione della salute ponendosi a tal fine due macro-obiettivi: l'economicità della *governance* del sistema e il rispetto dei principi di appropriatezza ed efficacia degli interventi sui cittadini. A tal fine sono cinque le macro-aree di intervento individuate nell'Atto di indirizzo per il 2011: determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, miglioramento e potenziamento delle attività di prevenzione; riorganizzazione e potenziamento delle cure primarie, qualità dei servizi sanitari e rilancio della ricerca sanitaria.

Queste linee di attività prioritarie sono state attuate attraverso i programmi in cui si articolano le due missioni principali del Ministero: la "Tutela della salute" (suddivisa in 5 programmi) e la "Ricerca e innovazione" (suddivisa in due programmi), per le quali sono stati stanziati rispettivamente 904,7 milioni e 521,1 milioni.

LE MISSIONI NEL BIENNIO 2010*-2011

in migliaia

Missione	Stanziamiento definitivo di competenza		Impegni lordi		Pagato totale		Residui finali	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
017.Ricerca e innovazione	652.356	521.195	645.275	516.430	675.286	504.989	417.271	309.303
020.Tutela della salute	967.330	904.718	957.120	907.007	840.976	936.074	787.530	453.643
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	53.991	53.292	54.207	55.340	59.123	58.760	6.092	3.588
033.Fondi da ripartire	23.074	20.234	22.166	20.200	0	36.667	22.166	5.699
Totale	1.696.750	1.499.439	1.678.769	1.498.977	1.575.384	1.536.490	1.233.058	772.234

composizione percentuale

Missione	Stanziamiento definitivo di competenza		Impegni lordi		Pagato totale		Residui finali	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
017.Ricerca e innovazione	38,4	34,8	38,4	34,5	42,9	32,9	33,8	40,1
020.Tutela della salute	57,0	60,3	57,0	60,5	53,4	60,9	63,9	58,7
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	3,2	3,6	3,2	3,7	3,8	3,8	0,5	0,5
033.Fondi da ripartire	1,4	1,3	1,3	1,3	0,0	2,4	1,8	0,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nel seguito si esaminano i risultati finanziari relativi al consuntivo 2011 per i principali programmi, guardando al peso relativo delle risorse destinate a ciascuno di essi e verificandone le caratteristiche in base alla disaggregazione per categorie economiche; ci si sofferma poi, sempre per programma, sui risultati più salienti ottenuti nelle macro-aree di intervento poste all'amministrazione con la direttiva annuale.

5.1. Tutela della salute (missione 020)

Dei 904,7 milioni di stanziamento della missione, il 59,2 per cento è stato destinato al programma "Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana", a seguire il 23,8 per cento al programma "Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria umana e coordinamento in ambito internazionale", l'11,2 per cento al programma "Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti"; residuali (come nel precedente esercizio) le risorse assorbite dai rimanenti due programmi finalizzati alla regolazione farmacologica e alla vigilanza, previsione e repressione nel settore sanitario.

LA GESTIONE 2011 DEI PROGRAMMI RIFERITI ALLA MISSIONE “TUTELA DELLA SALUTE”

in migliaia

Programma	Stanziamiento definitivo di competenza		Impegni lordi		Pagato totale		Residui finali	
	2011	%	2011	%	2011	%	2011	%
Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria umana e coordinamento in ambito internazionale	215.563	23,83	218.670	24,11	231.969	24,78	66.859	14,74
Sanita' pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti	101.865	11,26	106.421	11,73	96.202	10,28	28.916	6,37
Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana	535.691	59,21	529.645	58,39	554.714	59,26	344.157	75,87
Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano	43.976	4,86	44.655	4,92	44.621	4,77	12.580	2,77
Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario	7.622	0,84	7.616	0,84	8.567	0,92	1.130	0,25
Totale	904.718	100,00	907.007	100,00	936.074	100,00	453.643	100,00

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Anche nel 2011 la categoria economica con il peso maggiore sugli stanziamenti definitivi per l'intera missione è quella riferita ai trasferimenti correnti (65 per cento contro il 41 per cento del 2010); il 16,1 per cento delle risorse è assorbito dai consumi intermedi (10,5 nel 2010) ed il 13 per cento dai redditi di lavoro dipendente (7,2 nel 2010). I trasferimenti in conto capitale a pubbliche amministrazioni contano per il 4,8 per cento contro il 6 per cento del 2010. Questa distribuzione del peso delle categorie economiche trova riscontro in tutti i programmi, ad eccezione di “Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti”, in cui oltre il 56 per cento delle risorse è destinato a consumi intermedi e “Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario”, in cui la quota più significativa di risorse è destinata a redditi di lavoro (67,2 per cento).

5.1.1. Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana

A tale programma sono stati destinati 535,7 milioni nel 2011 contro i 521,9 del 2010. Gli impegni lordi sono stati pari a 529,6 milioni e risultano pagati 554,7 milioni. Oltre il 78 per cento degli stanziamenti è assorbito dai trasferimenti di parte corrente in cui sono ricompresi gli indennizzi e i risarcimenti ai soggetti danneggiati da complicanze irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie (cap. 2409) e le somme dovute per la liquidazione di transazioni da stipulare con soggetti emotrasfusi danneggiati (cap. 2401), per i quali sono stati stanziati oltre 333,7 milioni e ne sono stati pagati 277,9.

Gli obiettivi strategici riferibili al programma riguardano gli interventi di risanamento e di riequilibrio economico finanziario del sistema sanitario regionale, mirati a garantire qualità ed efficienza nonché un efficace controllo della spesa, e quelli volti alla promozione di moderne tecniche di informatizzazione per migliorare la fruibilità e la disponibilità dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale.

Al riguardo si segnalano i risultati di alcune delle principali attività condotte nel 2011 per tale programma.

E' stato avviato il progetto di supporto al processo di definizione dei criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza attraverso specifici indicatori, al fine di individuare le Regioni *benchmark* in materia di costi standard. Il Tavolo di Lavoro ha selezionato 100 indicatori che meglio rappresenterebbero la misura delle dimensioni oggetto di analisi. Il Tavolo tecnico ha,

inoltre, definito le soglie minime da applicare a ciascun indicatore e un criterio di pesatura tenendo conto di quanto disposto dall'art. 27, c. 3, lett. a) del d.lgs. 68/2011¹¹. Tale metodologia consente di effettuare una classificazione delle Regioni per individuare quelle corrispondenti al *benchmark* definito dal d.lgs. 68/2011.

in migliaia

PROGRAMMAZIONE SANITARIA IN MATERIA DI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E ASSISTENZA IN MATERIA SANITARIA UMANA
(PROGRAMMA 03)

	Stanziamen- to definitivo	%	Impegni Lordi	%	Pagato totale	%	Residui finali	%
Categorie economiche								
Redditi da lavoro dipendente	27.148	5,1	25.788	4,9	26.381	4,8	-	-
<i>di cui imposte pagate sulla produzione</i>	1.629	0,3	1.550	0,3	1.655	0,3	-	-
Consumi intermedi	42.550	7,9	42.135	8,0	45.892	8,3	25.866	7,5
Trasferimenti di parte corrente	419.450	78,3	415.179	78,4	385.438	69,5	318.000	92,4
<i>di cui alle AAPP</i>	447	0,1	424	0,1	60.909	11,0	-	-
Totale spese p/corrente	489.147	91,3	483.101	91,2	457.711	82,5	343.867	99,9
Investimenti fissi	276	0,1	276	0,1	254	0,0	290	0,1
Trasferimenti in c/capitale	46.268	8,6	46.268	8,7	96.749	17,4	-	-
<i>di cui alle AAPP</i>	44.122	8,2	44.122	8,3	94.603	17,1	-	-
Totale spese c/capitale	46.544	8,7	46.544	8,8	97.003	17,5	290	0,1
Totale spese complessive	535.691	100,0	529.645	100,0	554.714	100,0	344.157	100,0

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

La verifica della qualità dei dati contabili, di struttura e di attività delle aziende sanitarie e del settore sanitario regionale ha evidenziato forti eterogeneità interregionali tra le aziende esaminate¹². Di qui, il rilievo delle recenti disposizioni in tema di armonizzazione contabile (d.lgs. n. 118/2011) e di certificabilità dei bilanci aziendali e consolidati (Patto per la salute 2010-2012), cui è propedeutica l'attività svolta nel 2011 di valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili¹³. Ciò ha consentito di avviare l'iter procedurale per l'adozione dei primi documenti afferenti i principi contabili relativi all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale di cui all'art. 19, c. 2 lett. b) del d.lgs. 118/2011¹⁴ e che rappresenta la base di riferimento per la stesura, da parte di ciascuna Regione, dei piani attuativi del percorso di certificabilità dei bilanci.

Nell'ambito della valutazione e del controllo del Ministero sulla effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, per gli aspetti di qualità e sicurezza dei pazienti su tutto il territorio nazionale, è proseguita nel 2011 un'indagine relativa all'implementazione della Checklist in ambito chirurgico e all'adozione del Manuale per la sicurezza in sala operatoria. Ne è emerso che in 12 regioni vengono effettuate attività di verifica sull'implementazione della Checklist, in 5 regioni tale attività è in corso di realizzazione, 7 regioni hanno adottato con atto ufficiale il Manuale. Tuttavia, il dato relativo alle singole strutture erogatrici mostra che, nonostante a livello regionale non siano state formalmente intraprese iniziative volte a diffondere l'utilizzo di strumenti per aumentare le garanzie in termini di sicurezza in ambito chirurgico, di fatto questi strumenti (Manuale e Checklist) sono adottati a livello di strutture sanitarie e sono utilizzati nell'attività di routine svolta presso le Unità Operative.

¹¹ Assistenza Sanitaria collettiva (Prevenzione) 5%, ospedaliera 44%, distrettuale (territoriale) 51%.

¹² I controlli formali hanno permesso di rilevare diverse modalità di definizione delle aliquote degli accantonamenti relativi al personale, di movimentazione e contabilizzazione delle rimanenze, di definizione delle aliquote di ammortamento delle immobilizzazioni materiali, di alimentazione delle voci relative ai proventi e oneri straordinari, di movimentazione delle voci di patrimonio netto, incongruenza del saldo delle disponibilità liquide con il saldo del fondo cassa.

¹³ Secondo criteri e modalità individuate dal DI Salute-Economia del 18 gennaio 2011.

¹⁴ I documenti riguardano la casistica per la Gestione Sanitaria Accentrata, le sterilizzazioni degli ammortamenti, i nuovi modelli CE e SP.

Un'altra linea di intervento ha riguardato le problematiche che tendono ad ostacolare la realizzazione di una rete di assistenza efficiente ed a tal fine il Ministero ha definito, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 38/2010, le *Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore*, con le quali si promuove la creazione di specifiche strutture di coordinamento per il governo della rete assistenziale di cure palliative, della rete assistenziale di terapia del dolore e della rete specifica per i pazienti in età pediatrica, sia a livello regionale che a livello aziendale. E' stato altresì predisposto - e sottoposto all'esame della Conferenza Stato-Regioni - il documento tecnico relativo alla definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo delle suddette reti che indica gli elementi imprescindibili delle strutture sia residenziali che domiciliari. Il lavoro del Ministero su questo fronte si è sviluppato anche sotto il profilo della formazione ed identificazione delle figure professionali che dovranno operare nelle reti assistenziali. Al fine di consentire il monitoraggio previsto dall'art. 9 della L. n. 38/2010, è stata realizzata, nell'ambito della banca dati NSIS, una nuova Area funzionale all'interno del Cruscotto NSIS articolata in 6 sottoaree (farmaceutica, residenziale, domiciliare, ospedaliera, palliativa e terapia del dolore ambulatoriale, terapia del dolore ospedaliera). Le strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto (prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale) attualmente attivate dalle regioni sono 120 e, per la maggior parte situate nelle regioni del nord. Il finanziamento complessivo ammonta a 206,5 milioni in base al DM 28 settembre 1999 ed al DM 5 settembre 2001 e l'importo finora erogato risulta pari a 182,3 milioni. I fondi sono in perenzione amministrativa e nell'esercizio 2011 sono state pagate, a carico del cap. 7130, somme per un totale di 6,4 milioni riassegnate in bilancio dal Ministero dell'economia e delle finanze.

E' proseguita nell'esercizio l'attività di monitoraggio sulla libera professione all'interno delle strutture sanitarie svolta dall'Osservatorio nazionale. La relazione annuale al Parlamento traccia un quadro complessivo del fenomeno¹⁵ con evidenza sia del grado di adeguamento alla norma nazionale, che delle difficoltà attuative. Una sola regione (Umbria) mostra il totale adempimento rispetto a tutti gli indicatori (11/11), 7 regioni/P.A. (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, P.A. Trento) presentano ottimi risultati (9-10 indicatori mostrano ottimi livelli), 11 regioni/P.A. (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto, P.A. Bolzano) si trovano in una situazione di parziale adempimento, con margini di miglioramento. Solo una Regione (Molise) evidenzia forti criticità. Alcune Regioni/P.A. (su alcuni indicatori) mostrano una flessione rispetto al risultato di "pieno adempimento" raggiunto negli anni precedenti, sintomo della difficoltà di mantenere il livello conseguito.

Sono stati, inoltre, condotti due studi specifici, in continuità con le precedenti edizioni ed al fine di approfondire aspetti della materia di particolare interesse¹⁶.

Diverse sono state, poi, le iniziative assunte nell'anno per interventi in materia di formazione e di determinazione dei fabbisogni regionali delle professioni sanitarie¹⁷.

¹⁵ Predisposta in ottemperanza alle disposizioni contenute nell'articolo 15-*quattordices* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e nell'articolo 1 della legge n. 120 del 2007.

¹⁶ Il primo di essi riguarda gli elementi economico-strutturali dell'intramoenia e mette in rilievo che mediamente il 95% dei Medici è legato alla propria Azienda da un rapporto di esclusività e tale percentuale supera il 97% per Medici che rivestono incarichi di responsabilità di struttura complessa o semplice; fornisce una stima della quantificazione dell'indennità di esclusività percepita dai Dirigenti Medici e Sanitari che nel 2009 ha quasi raggiunto quota 1.359 milioni di euro, in media 10.696 €/anno pro-capite con un aumento di oltre il 6% dal 2005; inoltre evidenzia un'inversione di tendenza nella serie storica dei costi per i quali si registra per la prima volta dal 2006 una variazione negativa (-0,6%) che, seppur associata ad un incremento lieve dei ricavi (+0,5%), genera un aumento del saldo piuttosto significativo (+9,1%). Il secondo studio riguarda la sperimentazione (iniziata nel 2009) di un monitoraggio in modalità ex-ante dei tempi di attesa delle prestazioni strumentali e delle visite specialistiche erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata.

¹⁷ E' stato emanato e pubblicato il Decreto Interministeriale Salute e Miur del 22.7.2011, di determinazione del numero globale di medici specialisti da formare ed assegnazione dei contratti di formazione specialistica per l'anno accademico 2010/2011"; è stato sancito l'Accordo Stato - Regioni in data 18.5.2011, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. n.

E' stato predisposto nel 2011 il documento *“Linee guida per la de materializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini, normativa e prassi”* redatto da un gruppo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute, cui hanno partecipato, oltre ad esperti del Ministero, rappresentanti del Ministero dei Beni culturali e del Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Alla predisposizione delle Linee guida hanno contribuito inoltre anche società scientifiche (SIRM, AIFM, AIMN) e organismi di settore (IHE- Integrating the HealthCare Enterprise, Aitech-Assinform). Le Linee guida offrono un compendio dettagliato delle regole tecniche e degli standard in atto per la predisposizione, conservazione e fruizione della documentazione sanitaria in formato digitale. Il documento, su cui sono stati acquisiti il parere tecnico dell'Ente nazionale per la digitalizzazione della PA, nonché dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali è stato condiviso con le regioni e sarà oggetto di valutazione da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza. Sarà poi sottoposto all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

In ordine all'attività volta al potenziamento di ricovero in DH, sviluppo della chirurgia ambulatoriale, trasferimento dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, diversi sono i progetti avviati dalle Regioni e monitorati dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali. Le attività di monitoraggio dell'impatto dei progetti regionali censiti e valutati è stata svolta dall'Agenzia attraverso la costituzione del Gruppo di Indirizzo Strategico - composto dai referenti del Ministero della Salute e dell'Agenas - con funzioni di supporto alle policy di sviluppo del piano di monitoraggio, di controllo dello stato di avanzamento delle attività, di condivisione di analisi e risultati. E' stato individuato e definito il set di indicatori da utilizzare per la valutazione dello stato di realizzazione dei progetti regionali e, ove possibile, per la valutazione dell'impatto dell'attività in termini di miglioramento dell'assistenza. Il termine dell'attività di monitoraggio è fissato a dicembre 2012.

5.1.2. Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria umana e coordinamento in ambito internazionale

A tale programma sono stati destinati 215,6 milioni nel 2011 a fronte di 289,5 milioni del 2010. Sono stati registrati impegni lordi per 218,7 milioni e pagamenti pari a 232 milioni.

I trasferimenti correnti a famiglie incidono per oltre il 60 per cento sia in termini di stanziamenti che di pagamenti finali, principalmente per la quota, pari a circa 103 milioni destinata ai rimborsi per spese di assistenza sanitaria all'estero; seguono i redditi da lavoro che

281 del 28.8.1997, concernente la “Rilevazione del fabbisogno per il S.S.N. anche suddiviso per Regioni delle professioni sanitarie e di laureati specialisti delle professioni sanitarie, nonché relativo alle professioni di medico chirurgo, veterinario, odontoiatra, farmacista, biologo, chimico, fisico e psicologo effettuato a norma dell'art. 6 ter del d.lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modifiche ed integrazioni per l'a.a. 2011/2012”; è stato emanato e pubblicato il Decreto ministeriale Miur e Salute del 5.7.2011 di definizione del numero dei posti disponibili a livello nazionale per le immatricolazioni al corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia; è stato emanato e pubblicato il Decreto ministeriale Miur e Salute del 23.11.2011 di incremento nel limite del 10% del numero dei posti disponibili per le immatricolazioni al corso di laurea in Medicina e Chirurgia già definiti con DM 5.7.2011 . E' stato costituito il Tavolo di lavoro congiunto sui profili professionali delle professioni sanitarie, che si è insediato il 15 dicembre 2011 per la prima volta, sulla base di una proposta avanzata dalla Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni con il compito di elaborare proposte per l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie e per introdurre per tali professionisti le specializzazioni previste dall'art.6 della legge 43/06. Il suddetto Tavolo tecnico ha individuato come priorità quella di adeguare le competenze delle professioni infermieristiche alla luce della evoluzione ordinamentale e formativa a quella scientifica, tecnologica e dei modelli organizzativi sulla base sia delle sperimentazioni regionali già in essere che di quelli consolidati e verificati positivamente da decenni di altri Stati europei ed extraeuropei. Il Tavolo è costituito dai rappresentanti designati dalle Regioni e dalle provincie Autonome, nonché dai rappresentanti del Ministero, dirigenti e funzionari, in servizio presso la Direzione delle Professioni sanitarie.

E' stata emanata la circolare 20 settembre 2011, ai sensi dell'accordo Stato Regioni n. 17CSR del 10 febbraio 2011, recante indicazioni operative necessarie a rendere uniforme l'attività istruttoria di competenza delle Regioni e delle Provincie Autonome nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del progresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4 comma 2 della legge 26 febbraio 1999, n. 42.

pesano sul totale delle risorse destinate al programma per circa il 20 per cento, sia come stanziamenti che come pagamenti. Nell'ambito dei consumi intermedi, che incidono per poco più del 16 per cento, lo stanziamento più consistente, pari a 18,3 milioni, è destinato all'attività e al funzionamento (comprese le spese di personale) del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie che opera con le strutture regionali attraverso convenzioni con enti vigilati del Ministero; sul relativo capitolo (4393) si accumulano consistenti residui, considerato che risultano pagamenti inferiori al 50 per cento di quanto impegnato.

in migliaia

PREVENZIONE E COMUNICAZIONE IN MATERIA SANITARIA UMANA E COORDINAMENTO IN AMBITO INTERNAZIONALE (PROGR. 01)

	Stanziamento definitivo	%	Impegni Lordi	%	Pagato totale	%	Residui finali	%
Categorie economiche								
Redditi da lavoro dipendente	42.880	19,9	46.918	21,5	47.870	20,6	448	0,7
<i>di cui imposte pagate sulla produzione</i>	2.569	1,2	2.859	1,3	3.057	1,3	3	0,0
Consumi intermedi	35.528	16,5	35.111	16,1	37.555	16,2	46.529	69,6
Trasferimenti di parte corrente	137.110	63,6	136.594	62,5	146.523	63,2	19.858	29,7
<i>di cui alle AAPP</i>	15.166	7,0	15.090	6,9	25.608	11,0	18.422	27,6
Totale spese p/corrente	215.517	100,0	218.624	100,0	231.948	100,0	66.835	100,0
Investimenti fissi	46	0,0	46	0,0	22	0,0	24	0,0
Totale spese c/capitale	46	0,0	46	0,0	22	0,0	24	0,0
Totale spese complessive	215.563	100,0	218.670	100,0	231.969	100,0	66.859	100,0

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Le priorità riferibili a tale programma riguardano 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 monitoraggio dei flussi di mobilità sanitaria in ambito internazionale.

Il Ministero ha svolto le verifiche annuali sul grado di avvicinamento agli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) secondo le regole concordate con l'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 e confluite nel Documento per la valutazione dei PRP 2010-2012. Tale verifica è strumentale all'obbligo di certificazione dei PRP; infatti, il PNP è inserito tra gli "Obiettivi di piano" per i quali è prevista una quota finanziaria premiante, che viene assegnata al raggiungimento di alcuni adempimenti ovvero, nel caso specifico, dei risultati attesi dalla pianificazione regionale nell'ambito dei PRP. A tal fine, il Ministero ha avviato il progetto nazionale di "Supporto al PNP e alla formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei PRP 2010-2012" come processo di accompagnamento alla ideazione, attuazione e monitoraggio dei PRP¹⁸.

Nell'ambito del programma "*Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari*" sono state definite le linee programmatiche per il 2011 sulla base delle indicazioni fornite dalla "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo". E' stato previsto lo sviluppo delle seguenti aree: consolidamento dell'alleanza tra "Scuola" e "Salute", finalizzata a favorire nelle scuole di ogni ordine e grado la promozione della salute come proposta pedagogica stabile; prosecuzione della collaborazione con il Dipartimento della Gioventù, con particolare riferimento alla prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA); consolidamento del rapporto con le Associazioni di categoria della filiera alimentare per estendere ad altri prodotti la riduzione del sale; prosecuzione delle attività di sorveglianza e monitoraggio dei consumi di sale nella popolazione; sviluppo delle attività di comunicazione quale parte strutturale del programma "Guadagnare Salute" e strumento indispensabile di

¹⁸ Il progetto è stato affidato mediante apposita convenzione al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità.

informazione e promozione della salute; monitoraggio dei progetti CCM in corso nell'ambito dell'area "Sostegno al PNP e a Guadagnare salute".

Durante il 2011 è stato condotto, ed è tuttora in corso, il monitoraggio dei progetti sviluppati in attuazione del programma in questione a seguito dei Protocolli d'intesa siglati con le Istituzioni centrali e nell'ambito del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)¹⁹.

Nel 2011 per le attività del programma "Guadagnare salute" sono stati impegnati 1,2 milioni e pagati 2,8 milioni sul cap. 4393.

Un obiettivo strategico contenuto nella direttiva annuale del Ministro per l'anno 2011 è di "promuovere il ruolo dell'Italia per la tutela della salute in ambito internazionale, anche in coerenza con le linee strategiche definite a livello comunitario e internazionale". A tal fine è stato monitorato nel 2011 l'obiettivo operativo "Sviluppo, potenziamento e monitoraggio della collaborazione bilaterale in ambito sanitario attraverso la prosecuzione delle attività previste con le azioni del progetto EUROMED- UpM (Unione per il Mediterraneo)" destinato a rafforzare i sistemi sanitari e l'offerta di salute della regione mediterranea. Visto il buon andamento delle attività promosse in tal senso già nel 2009 e 2010, le attività euro-mediterranee sono state ulteriormente finanziate (658.000 euro sul cap. 4100) nel 2011 e sono state assegnate risorse attraverso la pubblicazione di appositi bandi. Sono quindi stati selezionati 5 progetti per i quali è avvenuta la stipula degli accordi di collaborazione a fine esercizio: Registro di popolazione di infarto miocardico, Sorveglianza epidemiologica per il controllo delle malattie neoplastiche nei Paesi del Mediterraneo: dalla registrazione del cancro ai modelli statistici, Rete internazionale Mediterranea per l'incremento delle donazioni di organi, MEDICEL – il Network mediterraneo per la celiachia, Screening e diagnosi precoce dei tumori nell'area mediterranea.

Nel corso del 2011 sono proseguite le attività volte all'attuazione del progetto "Mattone Internazionale" al fine di promuovere la divulgazione sul territorio nazionale delle politiche comunitarie e delle possibilità di accesso ai programmi europei per la ricerca e l'innovazione. Per supportare e rendere competitiva la partecipazione delle regioni ai finanziamenti europei e internazionali il progetto Mattone prevede 5 pilastri che sono il Piano di formazione nazionale, il database dei progetti europei e internazionali, la comunicazione e l'informazione, i piani di formazione locale e l'internazionalizzazione dei Sistemi Sanitari. Il coordinamento del progetto Mattone Internazionale è stato assegnato alla regione Veneto.

Le iniziative relative alle campagne di comunicazione, per un impegno finanziario di circa 2,3 milioni, hanno riguardato: allattamento al seno, tumore al seno, lotta al randagismo, prevenzione influenza stagionale, promozione del consumo di frutta e verdura nei bambini, aids, donazione e trapianti di organi, lotta all'abuso di alcol, sterilità e cure palliative.

5.1.3. Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti

Il programma è stato finanziato con 101,9 milioni, sono state impegnate somme per 106,4 milioni e pagate per 96,2. I consumi intermedi assorbono la quota maggiore di risorse: il 56,7 per cento di stanziamenti ed il 54,3 per cento di impegni. A questa categoria economica sono riferibili oltre l'80 per cento dei residui finali. Ne sono un esempio le spese per il potenziamento della sorveglianza epidemiologica (cap. 5391), per le quali nel 2011 era previsto uno stanziamento iniziale di 18,4 milioni, elevato in via definitiva a 37,9 milioni. I pagamenti sono risultati molto inferiori andando ad alimentare così l'accumulo di residui.

Con il d.P.R. n. 108/2011 è stata istituita, all'interno del Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute,

¹⁹ Il monitoraggio ha riguardato, tra l'altro, i progetti "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema sorveglianza OKKIO alla SALUTE", "Buone pratiche per l'alimentazione – Intervento di promozione del consumo di prodotti ortofruitticoli freschi nelle scuole e nei luoghi di lavoro", "Programma di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi del programma Guadagnare Salute" "Buone pratiche sull'alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani", "Progetto nazionale di Promozione dell'attività motoria", "Programma di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della Legge 3/2003", "Mamme libere dal fumo".

la Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione con il compito di assicurare un elevato livello di partecipazione alla fase di elaborazione della normativa tecnica europea.

in migliaia

SANITA' PUBBLICA VETERINARIA, IGIENE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI (PROGRAMMA 02)

	Stanziamen- to definitivo	%	Impegni Lordi	%	Pagato totale	%	Residui finali	%
Categorie economiche								
Redditi da lavoro dipendente	35.988	35,3	40.614	38,2	41.920	43,6	141	0,5
<i>di cui imposte pagate sulla produzione</i>	1.616	1,6	1.816	1,7	2.000	2,1	-	-
Consumi intermedi	57.756	56,7	57.735	54,3	46.131	48,0	24.502	84,7
Trasferimenti di parte corrente	2.023	2,0	1.974	1,9	5.493	5,7	466	1,6
<i>di cui alle AAPP</i>	523	0,5	501	0,5	4.020	4,2	466	1,6
Totale spese p/corrente	95.767	94,0	100.323	94,3	93.544	97,2	25.109	86,8
Investimenti fissi	3.825	3,8	3.825	3,6	286	0,3	3.807	13,2
trasferimenti in c/capitale	2.272	2,2	2.272	2,1	2.372	2,5	-	-
Totale spese c/capitale	6.098	6,0	6.098	5,7	2.658	2,8	3.807	13,2
Totale spese complessive	101.865	100,0	106.421	100,0	96.202	100,0	28.916	100,0

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

A tal fine nel 2011 la Direzione ha partecipato a diversi gruppi di lavoro della Commissione europea affrontando temi afferenti i controlli all'importazione di alimenti, l'igiene degli alimenti di origine animale, il Piano nazionale integrato dei controlli e relazioni annuali, l'igiene delle tecnologie alimentari e OGM, prodotti destinati ad un'alimentazione particolare e integratori alimentari, alimenti addizionati con vitamine e minerali, prodotti fitosanitari. In particolare, con le risorse finanziarie destinate al potenziamento e miglioramento dell'attuazione del PNI 2011-2014, approvato con l'intesa Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, sono state finanziate importanti attività, tra cui la mappatura del territorio nazionale in relazione alla presenza di contaminanti ambientali e al loro passaggio nella catena alimentare, l'aggiornamento del sistema informativo NSIS ed il suo adeguamento agli standard EFSA, lo sviluppo e l'implementazione della Community web per tutti i soggetti istituzionali coinvolti nell'attuazione del PNI. Nel corso dell'anno la Direzione ha dovuto affrontare anche emergenze a livello epidemiologico: la contaminazione da diossina in alimenti provenienti dalla Germania, il disastro della centrale nucleare di Fukushima, a seguito del quale è stato adottato un provvedimento cautelare che prevedeva il rafforzamento dei controlli in frontiera su tutti i prodotti alimentari giapponesi, e successivamente è stata data disposizione agli uffici USMAF di eseguire controlli ufficiali con campionamento e analisi delle alghe in arrivo dai Paesi e dalle aree di pesca FAO individuate dall'UE. Da ultimo, un'epidemia da un ceppo molto virulento di *escherichia coli* ha portato a segnalazioni di allerta gestite con le autorità locali e con i Carabinieri per la tutela della salute.

Nell'ambito della "Ottimizzazione delle attività di coordinamento finalizzate alla tutela della sicurezza alimentare" è stato individuato quale obiettivo operativo la "mappatura del territorio nazionale in relazione alla presenza di contaminanti ambientali e al loro passaggio nella catena alimentare" per la realizzazione della quale l'Amministrazione ha approntato il Sistema Informativo Geografico (SINSA) in cui sono state inserite tutte le carte geografiche dei Siti di Interesse Nazionale (SIN) indicati dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare come aree contaminate ad alto impatto ambientale. Il progetto prevedeva quattro fasi di attuazione concluse nell'anno.

Infine, nell'ambito delle azioni necessarie a contrastare il sovrappeso e l'obesità nei bambini dai 3 ai 12 anni è stato predisposto un documento di indirizzo relativo al "miglioramento della qualità nutrizionale degli alimenti in commercio o somministrati nei

pubblici esercizi o nelle mense pubbliche e private, al fine di migliorare lo stato nutrizionale della popolazione infantile”.

Per quanto riguarda poi la sanità veterinaria, il Piano nazionale di controllo sull’Alimentazione Animale dedica alla ricerca dei contaminanti ambientali una parte del campionamento ufficiale sui mangimi. Gli esiti dei controlli eseguiti nel 2011 non sono stati ancora resi noti, mentre con riferimento alle analisi condotte nel 2010, è risultata una sostanziale rispondenza dei mangimi a quanto stabilito dalla normativa, con percentuali di non conformità molto basse.

La prosecuzione dei programmi di sorveglianza delle malattie infettive degli animali ha conseguito risultati positivi²⁰:

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

A tale programma sono stati destinati 44 milioni (con una riduzione di 9 milioni rispetto al 2010); gli impegni lordi sono stati pari a 44,7 milioni, pari ai pagamenti totali. Le risorse sono pressoché per intero destinate a trasferimenti di parte corrente a pubbliche amministrazioni (oltre il 60 per cento in termini di stanziamenti, impegni e pagamenti), dei quali l’80 per cento è riferibile a spese di natura obbligatoria per l’AIFA (cap. 3461).

in migliaia

REGOLAMENTAZIONE E VIGILANZA IN MATERIA DI PRODOTTI FARMACEUTICI ED ALTRI PRODOTTI SANITARI AD USO UMANO
(PROGRAMMA 04)

	Stanziamen- to definitivo	%	Impegni Lordi	%	Pagato totale	%	Residui finali	%
Categorie economiche								
Redditi da lavoro dipendente	6.760	15,4	7.635	17,1	7.802	17,5	-	-
<i>di cui imposte pagate sulla produzione</i>	414	0,9	455	1,0	486	1,1	-	-
Consumi intermedi	7.590	17,3	7.394	16,6	6.895	15,5	12.485	99,2
Trasferimenti di parte corrente	29.550	67,2	29.550	66,2	29.848	66,9	74	0,6
<i>di cui alle AAPP</i>	29.550	67,2	29.550	66,2	29.848	66,9	74	0,6
Totale spese p/corrente	43.899	99,8	44.578	99,8	44.546	99,8	12.558	99,8
Investimenti fissi	24	0,1	24	0,1	23	0,1	22	0,2
Trasferimenti in c/capitale	52	0,1	52	0,1	52	0,1	-	-
Totale spese c/capitale	77	0,2	77	0,2	75	0,2	22	0,2
Totale spese complessive	43.976	100,0	44.655	100,0	44.621	100,0	12.580	100,0

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

In relazione a tale programma è da segnalare l’avvio dal 2011 della rilevazione sistematica di informazioni relative agli acquisti di dispositivi medici ai fini del monitoraggio della spesa²¹. Per risolvere alcune criticità che si sono presentate nella fase di avvio (corretta alimentazione del tracciato contratti, individuazione univoca dei dispositivi medici in base alla Banca dati/repertorio dei dispositivi medici) è stato costituito un gruppo di lavoro di cui fa parte, oltre al Ministero della salute, il Ministero dell’economia e delle finanze, le Regioni e

²⁰ Il piano di vaccinazione contro la rabbia ha drasticamente ridotto l’incidenza di tale malattia (nel 2011 è stato accertato un solo caso), per l’anemia infettiva degli equidi i risultati della sorveglianza epidemiologica denotano progressivi miglioramenti (da 132 casi nel 2010 a 76 nel 2011); 55 Province su tutto il territorio nazionale sono state dichiarate indenni da tubercolosi bovina, 69 Province indenni da brucellosi bovina, 75 Province indenni da leucosi bovina e 70 Province indenni da brucellosi ovi-caprina; le aziende suinicole cui è stato riconosciuto lo stato di “ufficialmente esenti” da trichinellosi sono passate da 787 del 2010 a 1048 del 2011; mentre per la malattia vescicolare del suino, eradicata da tutte le Regioni con eccezione di Campania e Calabria, è stata istituita un’apposita task force composta da funzionari del Ministero e esperti del Centro di referenza nazionale per le malattie vescicolari di Brescia che ha effettuato interventi mirati presso ogni focolaio di malattia; si è assistito poi ad una recrudescenza della peste suina africana in Sardegna per la quale il Ministero ha svolto un’intensa attività ispettiva. Infine, si è svolto nel 2011 un Piano di sorveglianza per *West Nile disease* nelle aree urbane.

²¹ DM 11 giugno 2010 “Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio della spesa, sulla base della trasmissione di dati da parte delle Regioni”.

l'AGENAS. Il monitoraggio degli acquisti è articolato su due flussi: consumi e contratti. Quanto al primo, sono stati resi disponibili alle regioni degli indicatori che correlano il costo d'acquisto e la quantità di dispositivi medici distribuita, ripartiti per classificazione nazionale dei dispositivi, per destinazione di utilizzo e per Agenzia sanitaria. Tali indicatori risultano essere strumenti importanti per la verifica della qualità dei dati inviati per una valutazione dell'impiego delle risorse finanziarie riconducibili all'acquisizione di ogni singolo dispositivo, consentendo un confronto intra e interregionale. Per quanto riguarda i contratti questi sono analizzabili in base alla classificazione nazionale dei dispositivi medici e all'anno di stipula e consentono un confronto dei prezzi minimi e massimi tra tutte le Regioni.

E' proseguita la attuazione del d.lgs. n. 153/2009, che ha individuato i nuovi servizi resi dalle farmacie pubbliche e private. Al riguardo, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali, il Ministero nel 2011 numerosi provvedimenti²².

In adempimento a quanto disposto, infine, dal DL n. 201/2011 in ordine alla vendita di farmaci negli esercizi commerciali, il Ministero ha predisposto uno schema di decreto attuativo.

5.2. Ricerca e innovazione (missione 017)

La missione relativa alla Ricerca e innovazione riceve nel 2011 risorse per 521,1 con una riduzione rispetto al 2010 di oltre 131 milioni. La riduzione di finanziamenti riguarda esclusivamente il programma "Ricerca per il settore della sanità pubblica" che passa dai 635,8 milioni del 2010 ai 498,3 milioni del 2011, mentre in leggero aumento gli stanziamenti per la "Ricerca per il settore zoo profilattico" (da 16,6 milioni a 22,8). Nonostante la penalizzazione dovuta al taglio delle risorse, il programma 01 pesa per oltre il 95 per cento sull'intera missione. Le spese sono destinate quasi esclusivamente a trasferimenti ad amministrazioni pubbliche (89 per cento di trasferimenti correnti e 8,4 per cento di trasferimenti in conto capitale; incidenza che per i pagamenti passa rispettivamente al 95,3 e al 2,5 per cento). Oltre 280,6 milioni costituiscono la dotazione del capitolo 3398 (il 56,3 per cento del programma) con il quale tra l'altro vengono finanziati i progetti di ricerca corrente attraverso gli IRCCS.

5.2.1. Ricerca per il settore della sanità pubblica

Come noto, il Piano sanitario Nazionale definisce gli obiettivi e i settori principali della ricerca del Servizio sanitario nazionale ed il Ministero della salute, sentita la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, elabora il programma di ricerca sanitaria e propone iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari. Il programma di ricerca si articola nelle attività di Ricerca corrente e Ricerca finalizzata. Per quanto riguarda la prima, nel 2011 sono stati erogati finanziamenti per 158,8 milioni (erano stati 162,4 milioni nel 2010), ripartiti tra gli IRCCS in base alla valutazione della produzione scientifica realizzata nell'anno precedente.

Per dare la massima diffusione dei risultati ottenuti dall'attività di ricerca è stata pubblicata sul sito web del Ministero la lista di tutte le pubblicazioni scientifiche prodotte nel 2010 dagli Istituti di ricerca.

Anche con riferimento alla Ricerca finalizzata l'Amministrazione si è impegnata nel dare diffusione dei risultati dei progetti di ricerca finanziati dei quali, a decorrere dal 12 dicembre 2011, vengono richiesti ai destinatari istituzionali dei finanziamenti una serie di informazioni sull'esito scientifico della ricerca ed un *abstract* su ogni progetto finalizzati, appunto, alla successiva pubblicazione sul sito del Ministero.

²² DM 16.12.2010 concernente l'"Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali", DM 16.12.2010 concernente "Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'art. 2, lett. e) e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. d) del d.lgs. n. 153/2009", DM 8.7.2011 concernente l'"Erogazioni da parte delle farmacie di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".

in migliaia

RICERCA PER IL SETTORE DELLA SANITA' PUBBLICA (PROGRAMMA 01)

	Stanziamen- to definitivo	%	Impegni Lordi	%	Pagato totale	%	Residui finali	%
Categorie economiche								
Redditi da lavoro dipendente	4.892	1,0	5.302	1,1	5.396	1,1	-	-
<i>di cui imposte pagate sulla produzione</i>	301	0,1	324	0,1	344	0,1	-	-
Consumi intermedi	8.528	1,7	8.470	1,7	4.714	1,0	7.495	2,6
Trasferimenti di parte corrente	443.296	89,0	442.818	89,7	461.678	95,4	217.447	74,7
<i>di cui alle AAPP</i>	443.296	89,0	442.818	89,7	461.305	95,3	217.447	74,7
Altre spese correnti	-	-	-	-	219	0,0	0	0,0
Totale spese p/corrente	456.716	91,6	456.590	92,5	472.008	97,5	224.943	77,3
Investimenti fissi	15	0,0	15	0,0	11	0,0	5	0,0
Trasferimenti in c/capitale	41.627	8,4	37.163	7,5	11.930	2,5	66.143	22,7
<i>di cui alle AAPP</i>	41.627	8,4	37.163	7,5	11.930	2,5	66.143	22,7
Totale spese c/capitale	41.642	8,4	37.178	7,5	11.941	2,5	66.148	22,7
Totale spese complessive	498.358	100,0	493.768	100,0	483.949	100,0	291.090	100,0

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Al miglioramento della fase relativa alla diffusione dei risultati della ricerca si è accompagnato un percorso finalizzato a garantire maggiore trasparenza al processo di selezione dei progetti della Ricerca Finalizzata²³.

In merito ai *referee* nazionali ed internazionali per la valutazione dei progetti di ricerca, nel 2011, il Ministero ha presentato in un contesto internazionale il sistema di *peer review* italiano e con la stipula di un protocollo operativo ha avviato una collaborazione con l'*Italian Scientists and Scholars in North America Foundation* per supportare l'attività di valutazione. Ciò ha consentito l'individuazione di ulteriori 250 ricercatori italiani residenti all'estero da coinvolgere nella *peer review* degli oltre 2.800 progetti presentati per il bando di RF 2010.

La scarsità delle risorse ha penalizzato l'operatività delle reti di ricerca costituite, ai sensi dell'art. 43 della L. n. 3/2003, tra gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture di eccellenza del SSN; attualmente le reti attive sono: *Alleanza contro il cancro, Italia Longeva, Associazione per le Neuroscienze, Progetto Biblioson, Memorandum d'intesa nel settore della sanità e delle scienze mediche*.

Nel corso del 2011 ha poi proseguito la sua attività il Tavolo tecnico per l'attuazione del Protocollo d'intesa con il Miur finalizzato ad individuare gli ambiti di interesse del Ministero della salute all'interno dei programmi di ricerca internazionale e sono stati individuati due progetti per un finanziamento complessivo di 1,1 milione: il programma congiunto dell'Unione Europea sulla ricerca relativa alle malattie neurodegenerative (JPND Research) ed il progetto mediante il quale Canada, Germania, UK, Belgio, Irlanda e Italia promuovono e finanziano l'attività di collaborazione tra i centri nazionali di eccellenza in malattie neurodegenerative.

²³In particolare, nel 2011 l'Amministrazione ha concluso le procedure con riferimento al bando per la RF del 2009 del quale sono stati pubblicati tutti gli atti rilevanti, la graduatoria con l'elenco di tutti i progetti presentati, il finanziamento richiesto e il punteggio conseguito. Inoltre ai ricercatori è consentito accedere con una propria password a tutte le valutazioni espresse dai *referee* sul proprio progetto presentato.

- APPENDICE -

in migliaia

UTILIZZO DELLA MASSA IMPEGNABILE - ESERCIZIO 2011

Missione	Massa impegnabile	Impegni di competenza	Impegni in conto residui	Impegni Totali	Residui di stanziamento finali c/competenza	Residui di stanziamento finali c/residui	Economie/Maggiori spese c/competenza
017.Ricerca e innovazione	646.822	431.967	117.056	549.022	84.000	-	4.764
020.Tutela della salute	904.960	891.695	- 1.339	890.356	4.046	-	2.289
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	53.293	52.549	- 724	51.825	7	-	2.048
033.Fondi da ripartire	38.468	16.467	18.234	34.701	3.733	-	34
Totale	1.643.543	1.392.677	133.227	1.525.904	91.787	-	462

UTILIZZO DELLA MASSA SPENDIBILE - ESERCIZIO 2011

Missione	Massa spendibile	Autorizzazioni finali di cassa	Pagamenti in c/competenza	Pagamenti in c/residui	Residui propri c/competenza	Residui propri c/residui
017.Ricerca e innovazione	938.449	608.907	337.056	167.933	95.374	129.929
020.Tutela della salute	1.690.297	1.264.556	573.017	363.057	329.944	119.653
032.Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	61.351	58.846	52.465	6.295	2.868	713
033.Fondi da ripartire	42.401	38.050	14.501	22.166	1.966	-
Totale	2.732.498	1.970.359	977.039	559.451	430.152	250.295

Elaborazione Corte dei conti su dati RGS