

BENI ATTIVITÀ CULTURALI E TURISMO

Si segnala, al riguardo, che la legge di stabilità per il 2016, al fine di assicurare risparmi e razionalizzare le società strumentali del MIBACT, ha previsto la fusione per incorporazione della Società Arcus S.p.A. nella società Ales – Arte Lavoro e servizi S.p.A..

Nel corso dell'esercizio è stato, quindi, adottato il nuovo statuto della società Ales, dotata di un capitale sociale pari a 13,6 milioni, cui sono stati trasferiti i dipendenti della società Arcus che, nel marzo 2015, si è estinta; la riorganizzazione della neonata società è attualmente in corso.

3.1.6. Lo stato di attuazione degli interventi finanziati con i fondi europei

Il POIn 2007-2013 e il Piano di Azione Coesione (PAC MiBAC)

In relazione al Programma Operativo Interregionale FESR - Attrattori culturali, naturali e turismo (POIn Attrattori), per il quale il Ministero ha assunto il ruolo di Organismo Intermedio per l'attuazione dell'Asse I, l'ammontare complessivo delle risorse delegate, pari a circa 378 milioni, è stato programmato per il 28 per cento circa (105 milioni) per l'attuazione del Grande Progetto Pompei (descritto più avanti nel dettaglio) e per il 72 per cento circa (273 milioni) a favore di "Interventi per il miglioramento delle condizioni di offerta e di fruizione del patrimonio delle aree e dei poli di attrazione culturale e naturale".

All'attuazione di questo Asse del POIn concorre la parallela e complementare strategia del Piano di Azione Coesione (PAC)¹³ nell'ambito del programma a responsabilità del Ministero (Linea di azione I – *Valorizzazione delle aree di attrazione culturale* per 95 milioni) concepita ed attuata in modo unitario a garanzia del completo assorbimento delle risorse comunitarie.

In relazione al POIn Attrattori, con successive e distinte fasi di implementazione, si è pervenuti alla selezione di due blocchi distinti di interventi: quelli di *I fase* e retrospettivi (certificati nel corso delle diverse annualità) e quelli ricompresi nell'ambito degli Accordi Operativi di Attuazione tra Ministero e Regioni, selezionati e ammessi a finanziamento tra il 2013 ed il 2014, che hanno portato all'individuazione di 137 interventi a valere complessivamente su risorse POIn e PAC.

Gli interventi ammessi a finanziamento, che vedono come beneficiari sia le strutture periferiche del Ministero che le amministrazioni regionali o comunali, risultano, allo stato, conclusi o fase di attuazione (degli interventi finanziati dal POIn Attrattori, 85 risultano conclusi e 30 in attuazione con una spesa sostenuta di 121,3 milioni, mentre degli interventi finanziati dal PAC MIBACT, 8 risultano conclusi, 25 in attuazione e 16 alla fase di gara con una spesa sostenuta di 29 milioni).

Alla fine del ciclo di programmazione 2007-2013, la spesa relativa agli interventi di prima fase e "retrospettivi", coerenti con la programmazione del POIn, e l'avanzato stato di attuazione del complesso degli interventi ricompresi nell'ambito degli Accordi Operativi di Attuazione ha evidenziato, in attesa della rendicontazione delle spese sostenute entro il 31.12.2015, la presenza di un significativo *overbooking* con una utilizzazione pari all'111 per cento delle risorse disponibili.

Inoltre, al fine di garantire un'efficiente organizzazione delle strutture tecniche attivate per la gestione delle linee di intervento delegate al MiBACT, sono destinate risorse (Asse III – Assistenza Tecnica del POIn Attrattori) per un ammontare complessivo pari a poco meno di 3 milioni, utilizzati per l'acquisizione di servizi e consulenze finalizzate a supportare la gestione e l'attuazione del programma.

¹³ Il PAC MiBAC, nel corso del 2015, è stato oggetto di riprogrammazione e la sua complessiva dotazione finanziaria originariamente pari a 130 milioni è stata rideterminata per un importo di 98 milioni.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

Il PON Cultura e Sviluppo 2014-2020

Nel corso del 2015 il Ministero ha dato avvio al Programma Operativo Nazionale (PON) "Cultura e sviluppo" (fondi FESR), approvato con decisione comunitaria C(2015) 925 il 12 febbraio 2015, con una dotazione complessiva di circa 490 milioni.

Il Piano attua una strategia di valorizzazione di aree di attrazione culturale nelle "Regioni meno sviluppate" (Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sicilia) nell'ambito di due distinti Assi di intervento: azioni di valorizzazione degli attrattori del patrimonio culturale statale e della Regione siciliana (360,2 milioni) e azioni di attivazione e di sostegno del tessuto economico ed imprenditoriale che operano sui territori di riferimento degli attrattori culturali (114 milioni), cui si accompagnano misure di assistenza tecnica (16,7 milioni).

In attuazione del Piano, nel corso del 2015, sono stati definiti gli assetti organizzativi e funzionali delle autorità responsabili (Autorità di Gestione - Segretariato generale; Autorità di Certificazione - Direzione generale Bilancio; organismi partenariali di gestione e sorveglianza del Programma - Comitato di Sorveglianza) e sono state definite specifiche procedure e modalità attuative finalizzate alla presentazione di proposte progettuali per la valorizzazione degli attrattori del patrimonio culturale (Asse I) e alla pubblicazione, nel 2016, dei bandi rivolti alle imprese del settore culturale e creativo (Asse II).

Il Grande Progetto Pompei

Il Grande Progetto Pompei (GPP) è un programma straordinario e urgente di interventi conservativi di prevenzione, manutenzione e restauro, adottato con decreto del Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo in forza della legge n. 75 del 2011, candidato ed approvato al finanziamento comunitario (decisione comunitaria C(2012) 2154 del 29-3-2012), nell'ambito delle risorse del PON Attrattori, con una dotazione complessiva pari a 105 milioni.

Per imprimere ulteriore accelerazione all'attuazione degli interventi previsti dal progetto ed assicurare un più efficace coordinamento tecnico ed amministrativo, con la legge n. 112 del 2013 (conversione del DL n. 91 del 2013 c.d. "Valore Cultura"), sono state introdotte una serie di innovazioni organizzative, avviate a fine 2013 e messe a regime nel corso del 2014¹⁴.

Ulteriori misure di accelerazione degli interventi e semplificazione delle procedure sono state introdotte anche dal DL n. 83 del 2014 che, sotto il profilo organizzativo, ha previsto la costituzione di una Segreteria tecnica di progettazione (SAPES) presso la Soprintendenza speciale per i beni archeologici di Pompei, Ercolano e Stabia a cui possono essere conferiti, in deroga alle disposizioni di limitazione vigenti, incarichi di collaborazione per la partecipazione alle attività progettuali e di supporto al GPP.

Le misure di semplificazione delle procedure si sono, invece, concentrate in nuove deroghe alla disciplina vigente sugli appalti pubblici¹⁵ e in maggiori poteri del direttore generale di progetto come la possibilità di revocare in qualsiasi momento il RUP.

L'approssimarsi del termine previsto (fine 2015) per il completamento del progetto ha indotto, infine, la Commissione europea e la Presidenza del Consiglio dei Ministri a sottoscrivere, nel luglio 2014 un Piano di azione per l'attuazione del GPP con l'obiettivo di stabilire in modo stringente il percorso di attuazione e i tempi di realizzazione.

Il Piano ha, in particolare, indicato i risultati attesi per la fine del 2015 (aggiudicazione complessiva delle progettazioni avviate superiori ai 109 milioni e spesa effettiva per progetti conclusi per oltre 106 milioni) e ha definito una serie di azioni e misure di recupero tra le quali si

¹⁴ E' stata, in primo luogo, disposta la separazione della Soprintendenza archeologica di Pompei da quella di Napoli, con la conseguente istituzione di una nuova Soprintendenza ai beni archeologici di Napoli (d.m. del 3 dicembre 2013) alla cui direzione è stato altresì nominato un nuovo Soprintendente. E' stato inoltre nominato un "Direttore generale di progetto" - cui si è proceduto con dPCM del 27 dicembre 2013 - posto a capo di una struttura di supporto denominata Unità Grande Pompei, costituita con dPCM in data 12 febbraio 2014.

¹⁵ Aumento della soglia per il ricorso alla procedura negoziata, aggiudicazione dell'appalto anche ove l'aggiudicatario non abbia provveduto a fornire la prova del possesso dei requisiti dichiarati, facoltà di ricorrere sempre alla esecuzione di urgenza, elevazione al trenta per cento degli interventi di variazione dei progetti, sostituzione della verifica dei progetti a cura di specifici organi tecnici con una attestazione di rispondenza e conformità a cura del RUP.

BENI ATTIVITÀ CULTURALI E TURISMO

segnalano, in particolare: il rafforzamento delle commissioni di gara, la responsabilizzazione del RUP, il rafforzamento delle professionalità dedicate alla fase di esecuzione, il rafforzamento della organizzazione amministrativa e delle competenze tecnico-progettuali della SAPES, l'intensificazione del supporto tecnico offerto dalla società Invitalia a sostegno dell'ufficio appalti (con la possibilità di attribuire a quest'ultima anche le funzioni di centrale di committenza per 10 interventi del Piano delle opere), il dimensionamento della progettazione degli interventi e la moltiplicazione dei turni di lavoro.

La situazione del progetto presenta una più dinamica evoluzione nell'esercizio considerato anche in relazione alla programmazione contenuta nel piano di azione che concentrava nel secondo semestre del 2015 la gran parte delle attività da realizzare.

Lo stato di avanzamento, relativo al mese di febbraio del 2016¹⁶, evidenzia nel complesso una quota di interventi banditi (anche se non tutti aggiudicati o contrattualizzati) per un ammontare di 157,5 milioni al lordo dei ribassi d'asta (erano 98 milioni nel all'inizio del 2015) oltre a 2,3 milioni preavvisati¹⁷ e 2,8 milioni a valere sui fondi PON Sicurezza, completando la programmazione delle risorse assegnate al Progetto, come integrato dal Piano di Azione (34 milioni).

Sono state aggiudicate definitivamente gare per 126,9 milioni, che si sono tradotti in circa 90,4 milioni al netto dei ribassi, e sono stati conclusi 42 interventi di cui 21 sul piano delle opere (5 dei quali afferenti ai 10 servizi di progettazione affidati all'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa – Invitalia come centrale di committenza) e 21 sugli altri piani. Quanto invece ai restanti interventi, 23 sono ancora in corso, 9 sono in attesa di avvio (compresi i restanti 5 servizi di progettazione affidati ad Invitalia) e per due sono ancora in corso le procedure di gara.

Quanto ai singoli interventi, il GPP è articolato in cinque piani esecutivi dei quali il più consistente è rappresentato dal *Piano delle opere* con una dotazione finanziaria di 85 milioni per 55 progetti aventi ad oggetto la mitigazione del rischio idrogeologico, la messa in sicurezza e il restauro architettonico degli apparati decorativi¹⁸.

Relativamente ai restanti quattro piani, il *Piano della Conoscenza*¹⁹, con una dotazione di 8,2 milioni, è stato interamente bandito; sono stati completati i due interventi nell'impostazione originaria del GPP: Linea 1 "Servizi di diagnosi e monitoraggio dello stato di conservazione di Pompei" e Linea 2 "Indagini geognostiche e studi per la mitigazione del rischio idrogeologico dei pianori non scavati e dei fronti di scavo delle Regioni I, IV, V e del banco roccioso del fronte sud della Regio VIII". E' in corso di esecuzione la Linea 3 "Digitalizzazione e catalogazione archivi fotografici e cartacei della SSPES" avviata mediante l'utilizzo delle economie di gara rinvenute.

Il Piano per la sicurezza, che prevede l'adeguamento degli impianti per la sicurezza e la telesorveglianza del sito (con una dotazione di 2 milioni), è stato completamente bandito; dei due interventi in corso di esecuzione, uno, denominato "Realizzazione di una infrastruttura di rete sicura per la copertura *wi-fi* a servizio dell'area archeologica di Pompei", è in fase di ultimazione, l'altro, denominato "Monitoraggio Ambientale – Interventi di censimento, mappatura e bonifica di M.C.A.", sarà prevedibilmente concluso entro il primo semestre 2016.

¹⁶ Relazione alla 7ª Commissione Permanente del Senato per l'audizione del 23 febbraio 2016 sullo Stato di avanzamento del Grande Progetto Pompei.

¹⁷ Procedura di avviso di pre informazione prevista dall'art. 2, comma 1 del DL n. 83 del 2014.

¹⁸ Dallo stato di attuazione risultano ultimati 16 interventi (corrispondenti a 16 cantieri) e in corso di esecuzione 19 interventi (corrispondenti a 17 cantieri); 4 interventi (per un totale di 2 cantieri) sono in fase di avvio mentre 2 gare sono ancora in corso. Circa i dieci servizi di progettazione affidati a Invitalia quale Centrale di committenza, 5 sono conclusi e 5 sono in attesa di avvio.

¹⁹ Il piano prevede attività di studio e indagine in ordine alle caratteristiche fisiche, materiche, archeologiche e di conservazione dei beni da un lato, ed alla progettazione degli interventi di messa in sicurezza dal rischio idrogeologico dall'altro, attraverso l'implementazione di un sistema informativo che consente di analizzare e sistematizzare le componenti archeologiche ed architettoniche della città antica, ponendo le premesse per una adeguata valutazione dello stato di conservazione e degli elementi di degrado, indispensabile ad una corretta conservazione programmata con controlli ispettivi periodici e interventi sottratti ad una logica puramente emergenziale.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

Il Piano per il miglioramento dei servizi e della comunicazione (7 milioni) per l'adeguamento dei servizi per i visitatori e l'implementazione di strumenti di comunicazione anche interattivi, ancora in fase embrionale all'avvio della nuova *governance*, è stato completato e, nelle parti concernenti l'incrementata fruibilità delle domus e il decoro, troverà ulteriore prosecuzione per tutto il 2016, a seguito del rinnovo delle convenzioni con la società *in house* Arte lavoro e servizi S.p.A. "Ales". Il rinnovato testo convenzionale ricomprende le tre branche di operatività delle due progresse convenzioni (fruizione: apertura di domus aggiuntive e servizi di decoro e manutenzione del Sito; *capacity building*: supporto legale e amministrativo) e ne ripropone il modello organizzativo (complessive unità impiegate e compiti) già definito nei precedenti accordi.

Il Piano per il rafforzamento e la *capacity building* (2,8 milioni) – avente ad oggetto azioni di rafforzamento della capacità tecnico-amministrativa di governo e di attuazione del progetto – è stato completato. All'interno di esso hanno trovato realizzazione il nuovo Sistema Informativo della Soprintendenza Pompei, già popolato dei dati provenienti dalla completa esecuzione della Linea 1 del Piano della conoscenza e l'acquisizione di materiale informatico e di attrezzature tecniche necessarie per le attività della Soprintendenza, comprensivi di quanto necessario per l'allestimento del *Data Center/Disaster Recovery*.

L'attuazione del progetto, secondo le indicazioni del piano di azione, ha quindi in parte rispettato gli obiettivi prefissati anche se la spesa effettivamente realizzata (40,7 milioni), pur in forte accelerazione, non ha invece centrato il *target* previsto.

In ottemperanza alle disposizioni comunitarie in materia di chiusura dei Programmi operativi 2007-2013, l'Autorità di gestione del PON, ha avviato la procedura di modifica della Decisione comunitaria C(2012) 2154 del 29 marzo 2012 ai fini dell'approvazione della suddivisione in fasi del medesimo progetto proponendo, alla luce dei progressi realizzati tra il 2014 e il 2015, il completamento degli interventi attraverso l'inserimento nel PON Cultura e sviluppo 2014-2012, senza peraltro interrompere l'esecuzione delle attività.

3.2. La missione "Turismo" e il programma "Sviluppo e competitività del turismo"

La missione, articolata in un solo programma, "Sviluppo e competitività del turismo", prevede uno stanziamento di 29,4 milioni (leggermente inferiore rispetto a quello iniziale) cui si aggiungono oltre 175,2 milioni di residui, conseguenti alle difficoltà, registrate nel precedente esercizio e protrattesi anche nel 2015, nella gestione delle risorse provenienti dall'ufficio per le politiche del turismo della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Le principali attività intestate alla nuova direzione generale si sono concentrate in iniziative di valorizzazione e promozione del sistema Italia (attraverso l'assegnazione di contributi alle reti di impresa, ad enti pubblici e privati ed a progetti innovativi, interregionali e di eccellenza), in attività di promozione e assistenza alla domanda turistica (attraverso la gestione del Fondo nazionale di garanzia per il consumatore di pacchetto turistico) e in attività di carattere internazionale.

Sotto il primo aspetto le risorse destinate alle politiche di sviluppo e competitività del settore evidenziano, a fonte di un ammontare di residui iniziali pari a oltre 20,8 milioni e stanziamenti di competenza pari a 6,9 milioni, pagamenti pari a 2,7 milioni, registrando oltre 24,8 milioni di residui finali.

Anche le risorse destinate ai progetti di eccellenza e al sostegno del settore turistico relativo ai progetti interregionali e innovativi (capitoli 8903 e 8904), provenienti interamente dalla gestione dei residui (123,3 milioni), evidenziano una limitata movimentazione in relazione al ritardo nella sottoscrizione degli accordi di programma con gli Enti locali coinvolti e allo slittamento dell'avvio e dell'attuazione dei progetti.

BENI ATTIVITÀ CULTURALI E TURISMO

In tale ambito appare, peraltro, rilevante il ruolo assunto da ENIT che, in attuazione del decreto legge n. 83 del 2014, è stato trasformato, nel 2014, in ente pubblico economico e sottoposto alla vigilanza del Ministero²⁰.

Alle risorse destinate al funzionamento dell'ente (15,6 milioni di spese di natura obbligatoria e 2 milioni per spese di funzionamento) si affiancano le risorse destinate alle misure di sostegno per il potenziamento dell'industria turistica, impegnate, nel 2014, nell'ambito delle iniziative speciali dedicate alle azioni promozionali sul turismo sostenibile (3,5 milioni imputati nel 2015 a residuo e pagati solo in parte, attesa la necessità di sottoscrivere una specifica convenzione finalizzata alla definizione dei piani operativi).

Dalla rendicontazione dell'ENIT emerge comunque l'impegno nell'ideazione e realizzazione di progetti promozionali a beneficio del *brand* Italia e la politica di promocommercializzazione nei confronti degli *stakeholders*, confermato dall'andamento positivo delle iniziative e dell'incremento della partecipazione di Regioni ed operatori all'azione integrata, promossa e condotta dall'Agenzia.

Crescono, rispetto al precedente esercizio, sia i contatti con il pubblico realizzati dalle iniziative promozionali realizzate sui mercati esteri, sia le conferenze stampa e le presentazioni organizzate all'estero per le regioni, sia, ancora, le iniziative promozionali realizzate in sinergia con le regioni.

Significativo è risultato inoltre l'apprezzamento del settore *trade* per l'offerta dei servizi predisposta da ENIT che si riscontra nell'aumento degli operatori partecipanti alle iniziative e delle entrate derivanti da servizi prestati.

Sempre tra le misure a sostegno dell'industria turistica, si segnala il finanziamento delle start up innovative nel settore, le cui risorse (2 milioni, anch'essi transitati tra i residui) sono state trasferite al Invitalia per attività di sostegno alle imprese innovative; decisione motivata dall'amministrazione in relazione all'elevato rischio di inefficacia delle azioni per il ridotto numero delle imprese coinvolte e la insufficienza degli incentivi finanziabili con le risorse messe a disposizione.

Vanno, inoltre, ricordati gli incentivi fiscali introdotti dal DL n. 83 del 2014 per la digitalizzazione degli esercizi ricettivi²¹ e dal DL n. 8 del 2014 per la riqualificazione delle strutture ricettive²².

Quanto alla promozione e all'assistenza alla domanda turistica, il Fondo nazionale di garanzia, che presentava residui iniziali per 4,5 milioni, è stato finanziato nel 2015 per 0,3 milioni registrando, a fine esercizio, pagamenti su residui per 234 mila euro per un totale di 119 pratiche di rimborso a fronte di 400 richieste presentate.

Intensa è stata, infine l'attività, internazionale intesa a consolidare la posizione italiana presso le principali organizzazioni.

²⁰ La trasformazione dell'ente risponde non solo alla finalità di assicurare risparmi di spesa pubblica, ma mira in particolare, a migliorare la promozione e la commercializzazione dei servizi turistici e culturali e dei prodotti enogastronomici tipici in Italia e all'estero e ad assicurare la promozione degli investimenti nei mezzi digitali dell'offerta turistica; significativa anche l'attività all'estero dell'ente, che sarà regolata da apposite intese stipulate con il Ministero degli esteri.

²¹ Nell'anno fiscale 2014 sono stati messi a disposizione 15 milioni a fronte di 1937 istanze presentate e 1893 istanze ammesse per un ammontare richiesto di 7,6 milioni.

²² Nell'anno fiscale 2014 sono stati messi a disposizione 20 milioni a fronte di 3012 istanze presentate e 748 istanze ammesse per un ammontare richiesto di 77 milioni; nell'anno fiscale 2015 sono stati messi a disposizione 50 milioni a fronte di 3168 istanze presentate per un ammontare richiesto di 90,5 milioni.

PAGINA BIANCA

SALUTE

MINISTERO DELLA SALUTE

Considerazioni di sintesi**1. Profili istituzionali e programmazione****2. Analisi finanziarie e contabili:** 2.1. *Le risorse finanziarie assegnate;* 2.2. *La gestione delle spese***3. Missioni e Programmi:** 3.1. *La missione: "Tutela della salute";* 3.1.1. I programmi: "Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante", "Sanità pubblica veterinaria", "Programmazione del SSN per l'erogazione dei LEA", "Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano", "Comunicazione e promozione per la tutela della salute umana e della sanità pubblica veterinaria e attività e coordinamento in ambito internazionale", "Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure", "Sicurezza degli alimenti e nutrizione", "Sistemi informativi per la tutela della salute e il governo del SSN", "Regolamentazione e vigilanza delle professioni sanitarie". 3.2. *La missione: "Ricerca e innovazione";* Il Programma "Ricerca per il settore della sanità pubblica e per il settore zooprofilattico"**Considerazioni di sintesi**

Nel 2015 l'attività svolta dal Ministero, in parallelo all'entrata a regime della nuova organizzazione, si è sviluppata su diverse direttrici individuate nella direttiva annuale. Esse riguardano, in particolare, la programmazione sanitaria, con il complesso processo di attuazione del Patto della salute, le crescenti necessità poste dai compiti sul fronte della prevenzione, della sicurezza alimentare (anche in connessione con l'Expo), il ruolo di coordinamento e stimolo in materia di professioni sanitarie e di sviluppo della ricerca, la gestione del complesso sistema di indennizzi e risarcimenti per i soggetti danneggiati da trasfusioni e utilizzo di vaccini e farmaci. Un impegno reso più difficile dalla conferma di condizioni finanziarie ancora severe: nelle previsioni definitive, al netto delle risorse trasferite alle regioni per i farmaci innovativi, si registra solo una lieve crescita (+1,2 per cento) delle somme attribuite.

Centrale nella gestione è stato il processo di attuazione del Patto per la salute. Un percorso complesso che tocca tutti i temi principali della gestione della sanità in Italia e su cui nell'esercizio si sono fatti passi di rilievo ma anche riscontrate difficoltà d'attuazione. Definito l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, nell'anno si è proceduto alla definizione della struttura del Nuovo Sistema di Garanzia che dovrebbe andare a regime nel 2017. Nessun progresso significativo è stato, invece, compiuto nella revisione sia dei criteri di riparto del finanziamento al SSN, per il quale non si è raggiunta l'Intesa, sia del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni. Non omogenei a livello territoriale risultano, poi, i progressi nella riorganizzazione dell'assistenza primaria, ed in particolare nel consolidamento dei legami tra ospedale e territorio, e le azioni volte a migliorare le prestazioni del sistema di emergenza urgenza. Adottato nell'aprile il Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, sono ancora in definizione, in materia di accreditamento, i progetti quadro caratterizzanti il Programma per la promozione permanente della qualità e della *clinical governance* del SSN.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

Anche nel 2015, l'attività di prevenzione è stata orientata oltre che sugli interventi che riguardano la definizione di linee strategiche per le malattie trasmissibili e non, il controllo dei rischi sanitari e le azioni di promozione della salute in tutte le età, sul fronte dell'emergenza migratoria. In tema di prima accoglienza, infatti, le funzioni di profilassi sono svolte dal Ministero per mezzo dei propri Uffici periferici (USMAF). Un fenomeno le cui maggiori problematiche sono legate alla dimensione del flusso a fronte di strutture di accoglienza di capienza limitata e di un personale insufficiente, ciò anche considerando che gli sbarchi (119.000 nei primi 10 mesi del 2015) sono a carico degli USMAF di due sole regioni.

Particolare rilievo ha assunto nell'anno il tema della sicurezza alimentare sia in relazione all'Expo 2015 sia, più in generale, quale tema di interesse primario per la popolazione e che coinvolge in modo trasversale e con differenti ruoli le istituzioni, i produttori, i consumatori e il mondo scientifico. Nel corso del 2015, l'attività è stata rivolta all'attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli 2014-2018, con riferimento ai contaminanti ambientali, l'igiene degli alimenti di origine animale e non animale, l'igiene delle tecnologie alimentari, gli OGM. Particolare impegno hanno richiesto, da un lato, le attività dirette a garantire un flusso regolare di importazioni delle merci legate a Expo 2015, dall'altro, l'apertura degli scambi verso alcuni Paesi terzi, che hanno portato al rilascio dell'abilitazione ad esportare 394 stabilimenti italiani. Si è confermato che un efficace sistema di controllo rappresenta anche un elemento fondamentale nella valorizzazione delle esportazioni e degli scambi intracomunitari di prodotti alimentari italiani, assicurando ai Paesi di destinazione la loro sicurezza sia rispetto alla tutela della salute dei consumatori, sia rispetto alla prevenzione della diffusione delle malattie infettive zootecniche.

Continua ad avere un ruolo di rilievo l'attività relativa agli indennizzi a favore di soggetti danneggiati in modo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, nonché le spese per le transazioni da stipulare con i danneggiati da sangue o emoderivati infetti che hanno instaurato azioni di risarcimento. Oltre un quarto delle risorse gestite è destinato a tale finalità. La complessità e la mole delle attività connesse alla materia è aggravata dalle limitate risorse di personale solo in parte superate dalla possibilità di avvalersi della collaborazione temporanea di personale in servizio presso altre strutture. E' stato così possibile istituire 738 posizioni, corrispondenti ad altrettanti contenziosi, con il riconoscimento dell'equa ripartizione a 1.482 soggetti. Sono state predisposte procedure transattive per 250 posizioni. Rimane, tuttavia, ancora consistente il volume di arretrato, stimato dall'Amministrazione in circa 7.000 titoli.

Progressi ulteriori sono stati fatti nell'ambito del NSIS i cui contenuti informativi costituiscono un prerequisito fondamentale per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali, oltre che per la definizione di strumenti di supporto al monitoraggio dei LEA.

Sono state affrontate le problematiche riguardanti le professioni sanitarie e le risorse umane del SSN, con particolare riguardo allo sviluppo delle competenze e all'integrazione delle categorie professionali, anche nell'ambito del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Il mancato accordo tra le categorie professionali del comparto e i medici ha, per ora, impedito l'avvio di una Cabina di regia per il coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale, mentre è ancora in attesa di essere completato l'iter di regolamentazione della responsabilità professionale e della copertura assicurativa.

Sul fronte della ricerca, l'innovazione delle regole dei bandi intervenuto nel corso del 2015, con l'introduzione di "filtri" per limitare il numero delle domande, dovrebbe permettere un'accelerazione delle procedure ed un più rapido utilizzo dei fondi stanziati dal Programma 2014-2016. L'affiancamento, nel processo di valutazione affidato ai *referee* internazionali, di una valutazione d'impatto sul SSN affidato a *referee* nazionali dovrebbe consentire di preservare l'indipendenza del sistema ma di non sottovalutare l'importanza di talune tipologie di progetti fondamentali per il miglioramento dell'assistenza erogata dal SSN.

SALUTE

1. Profili istituzionali e programmazione

Il Ministero della salute esercita le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti. Esso ha competenza nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni garantite su tutto il territorio nazionale, nella profilassi internazionale, nella determinazione dei principi fondamentali in materia sanitaria.

Proprio per il ruolo che l'Amministrazione svolge nel coordinamento, nella definizione degli standard qualitativi e nella verifica del rispetto di adeguati livelli di assistenza, la programmazione per il 2015 non poteva non essere centrata sull'attuazione del Patto per la salute per gli anni 2014-2016. Un percorso attuativo che era previsto toccare tutti i temi principali della gestione della sanità in Italia. Nell'accordo sottoscritto da Stato e regioni nel luglio 2014 si prevedeva, infatti, una ulteriore implementazione dei costi standard e dei fabbisogni regionali, la definizione dei contenuti dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, l'aggiornamento dei LEA, la promozione dell'assistenza territoriale e una rivisitazione del complesso sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali. Elementi fondamentali per muovere verso una sanità di qualità, garantita con modalità uniformi sul territorio nazionale e per le quali fondamentale appariva il riavvio di una politica di investimenti.

Nella programmazione una particolare attenzione alla prevenzione era riservata alle malattie croniche non trasmissibili e all'implementazione del nuovo Piano nazionale di prevenzione attento al contrasto dei principali comportamenti a rischio. Con riguardo alle malattie trasmissibili, si prevedeva poi di proseguire gli interventi miranti a garantire la tutela della salute pubblica e la prevenzione della diffusione di patologie infettive, anche attraverso i controlli e la presa in carico dei migranti. La domanda di salute di queste popolazioni richiedeva, poi, la predisposizione e il coordinamento di una rete di servizi socio-sanitari in grado di soddisfare i bisogni di diagnosi precoce delle patologie a più alta morbilità e mortalità.

Particolare rilievo assumeva nell'anno il tema della sicurezza alimentare sia in previsione dell'Expo 2015 sia, più in generale, quale tema di interesse primario per la popolazione e che coinvolge, in modo trasversale e con differenti ruoli, le istituzioni, i produttori, i consumatori e il mondo scientifico. Ciò nella consapevolezza che un efficace sistema di controllo rappresenta anche un elemento fondamentale nella valorizzazione delle esportazioni e degli scambi intracomunitari di prodotti alimentari italiani, assicurando ai Paesi di destinazione la loro sicurezza sia rispetto alla tutela della salute dei consumatori, sia rispetto alla prevenzione della diffusione delle malattie infettive zootecniche.

Anche nel 2015 era previsto continuare il percorso per l'adeguamento dell'offerta sanitaria ai nuovi bisogni e per il recupero di adeguati livelli di efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi. Ciò significava incidere sull'assistenza primaria dando ulteriore impulso all'azione di riorganizzazione secondo una logica di rete e puntando a consolidare i legami tra ospedale e territorio. Per la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si prevedeva la definizione di linee guida per i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri e la definizione dei valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori e soglie per rischi di esito.

Dovevano proseguire, poi, le attività volte all'analisi dei fabbisogni e alla realizzazione dell'obiettivo della valorizzazione delle competenze dei professionisti, ponendo particolare attenzione alla esigenza della loro integrazione funzionale finalizzata all'incremento dell'efficacia e della qualità delle prestazioni sanitarie.

Il sostegno pubblico all'attività di ricerca mirava a conseguire risultati immediatamente trasferibili alla pratica clinica, per incrementare la qualità del servizio fornito ai pazienti. Ciò significava puntare sull'innovazione e sulla valorizzazione dei ricercatori italiani, dei quali si mirava a contenere l'esodo all'estero consolidando le condizioni per un confronto paritario in ambito internazionale.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

Infine il NSIS doveva continuare a rappresentare lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza, agevolando sia il Ministero che le Regioni nell'esercizio delle funzioni loro attribuite. Un patrimonio informativo già disponibile da arricchire con lo sviluppo di un sistema di monitoraggio dei consumi e della spesa su base nazionale e regionale anche per i dispositivi medici a carico del SSN. Una rete di comunicazione non solo funzionale ad un risparmio di spesa ma che consentisse lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti incidenti ed azioni di sicurezza che coinvolgono dispositivi medici.

Nel 2015 la nuova organizzazione del Ministero, approvata con il dPCM n. 59 del 2014 è entrata pienamente a regime e ad essa è stata improntata la programmazione e la gestione delle risorse di bilancio. Rispetto al precedente assetto organizzativo il cambiamento fondamentale sta nella soppressione dei tre dipartimenti (Sanità pubblica e innovazione, Programmazione e ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e organi collegiali per la tutela della salute), a loro volta articolati in uffici di direzione generale, e nell'introduzione della figura del Segretario generale. A questi è stato affidato, oltre al coordinamento ordinario di tutte le attività delle direzioni generali, il coordinamento in caso di emergenze sanitarie internazionali ed in materia di formazione del personale sanitario ed il ruolo di *Chief Medical Officer* o *Chief Veterinary Officer* nelle relazioni europee ed internazionali. Il Segretario generale si avvale di un apparato amministrativo che costituisce autonomo centro di responsabilità per l'attuazione del programma "Coordinamento generale in materia di tutela della salute, innovazione e politiche internazionali". Seppure non più inquadrati nei tre dipartimenti, rimangono comunque attivi i dodici uffici di livello dirigenziale generale già esistenti: al di là di alcune modifiche relative esclusivamente alla denominazione, i cambiamenti sostanziali riguardano solo la D.G. dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, che perde la competenza in ordine alla sicurezza delle cure, e la D.G. della ricerca e dell'innovazione in sanità, che lascia la vigilanza sugli enti. Le due branche scorporate - la prima afferente il Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN e la seconda il Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione - sono state unificate ed affidate alla nuova D.G. della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure. Mentre hanno subito un procedimento di fusione le due direzioni che si occupavano di comunicazione e di rapporti internazionali nell'ambito del Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione.

Presso il ministero opera poi la Conferenza permanente dei direttori generali con compiti sia consultivi che propositivi per la predisposizione di indirizzi e direttive del Ministro. Ha altresì il compito di pianificare l'attività del Centro polifunzionale per la salute pubblica.

Decisamente più incisive le modifiche apportate ai programmi di competenza del Ministero, in particolare per quelli afferenti la missione "Tutela della salute"; per quanto riguarda "Ricerca e Innovazione", infatti, i programmi rimangono immutati e le modifiche concernono una serie di capitoli di spesa (17) che appartenevano al programma "Ricerca per il settore della sanità pubblica" e che con la riforma organizzativa sono transitati, in tutto o in parte, alla missione "Tutela della salute" ed assegnati a tre diversi programmi di spesa ("Attività consultiva per la tutela della salute", "Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza al personale navigante ed aeronavigante", "Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure").

La missione "Tutela della salute", invece, presenta una revisione profonda dei programmi attribuiti che passano dai 5 previsti dalla precedente organizzazione ai 12 attuali; di questi, 4 sono stati ridenominati¹ a seguito di alcune modifiche, 1 è rimasto immutato² e i restanti 7 sono di nuova istituzione³. Non si tratta di nuove competenze acquisite dall'Amministrazione, ma

¹ Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante, Sanità pubblica veterinaria, Programmazione del Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione dei LEA, Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano.

² Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario

³ Comunicazione e promozione per la tutela della salute umana e della sanità pubblica veterinaria e attività e coordinamento in ambito internazionale, Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure, Sicurezza degli alimenti e

SALUTE

solo di una redistribuzione dei compiti tra le direzioni generali che consente di pervenire ad una corrispondenza univoca tra programma d'azione e Centro di responsabilità affidato alla gestione di un unico dirigente. Con la riforma delle strutture amministrative, delle responsabilità e delle attività svolte è stata pertanto superata l'asimmetria che caratterizzava anche il Ministero della salute tra le strutture del bilancio (i programmi) e l'organizzazione (i Centri di responsabilità).

Questa sorta di mitosi dei 5 macro-programmi prima esistenti ha determinato una complessa redistribuzione dei capitoli di spesa e delle relative risorse, soprattutto di quelli relativi a redditi dal lavoro, acquisto di beni e servizi e investimenti fissi sottoposti a procedure di fusione, scorporo e spostamento di piani gestionali necessarie al fine di rendere anche la gestione del bilancio coerente con il nuovo assetto.

2. Analisi finanziarie e contabili

Le principali voci del bilancio del Ministero della salute sono ricostruite nella tavola che segue che ne mostra le differenze con il consuntivo del 2014. Il confronto con l'esercizio precedente, al di là dell'analisi complessiva, è reso più complesso quest'anno dall'ampio processo di revisione dei programmi, e della conseguente struttura organizzativa, di cui si è detto in precedenza.

TAVOLA I
(in migliaia)

Categorie economiche	Stanziam. iniziali competenza		Stanziam. definitivi competenza		Impegni competenza		Pagamenti competenza	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Redditi da lavoro	122.677	120.551	159.507	160.899	146.983	156.418	145.240	152.500
Consumi intermedi	95.289	76.820	130.576	113.470	126.542	109.662	65.663	53.803
Imposte sulla prod.	6.461	6.371	7.834	7.941	7.208	7.693	7.122	7.503
Trasf.correnti a AP	450.781	508.879	451.427	935.088	451.298	934.913	316.459	723.222
Trasf.cor famiglie e isp	650.763	507.603	742.144	733.194	739.612	726.006	590.614	532.670
Trasf.corr. estero	17.654	17.654	15.442	20.145	15.431	18.531	15.431	18.531
Interessi passivi	0	0	3	0	3	0	3	0
Poste cor.comp.	0	0	1.228	1.411	1.223	1.411	1.211	1.409
Altre spese correnti	9.367	9.112	1.062	38.456	769	38.442	502	38.442
Invest. fissi lordi	501	2.392	1.306	3.176	1.099	2.448	418	904
Contr. Investim. AP	0	0	37.147	52.730	17.219	39.230	17.219	25.320
Altri c/capitale	56	10.048	1.050	88	1.050	88	1.050	88
Spesa finale	1.353.548	1.259.432	1.548.725	2.066.598	1.508.437	2.034.841	1.160.932	1.554.391

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

La ricostruzione dei risultati del 2014 sulla base della nuova struttura, ha richiesto un dettagliato esame della destinazione assicurata a ciascun capitolo e piano gestionale. Dove, tuttavia, non vi era una perfetta coincidenza nel collegamento con la nuova struttura dei programmi (ciò avviene soprattutto per le spese per il personale, per i consumi intermedi e per spese di investimento), si è scelto di ripartire gli importi del precedente esercizio tra i nuovi programmi in proporzione ai dati registrati nel 2015. La adozione di tale scelta metodologica, necessariamente semplificata, consiglia di guardare ai risultati di tale confronto con molta cautela.

nutrizione, Attività consultiva per la tutela della salute, Sistemi informativi per la tutela della salute e il governo del Servizio Sanitario Nazionale, Regolamentazione e vigilanza delle professioni sanitarie, Coordinamento generale in materia di tutela della salute, innovazione e politiche internazionali.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

2.1. Le risorse finanziarie assegnate

Lo stato di previsione della Salute presentava una dotazione finanziaria iniziale di competenza di 1.259,4 milioni che è aumentata a 2.066,6 milioni nelle previsioni definitive (con una crescita di oltre il 64 per cento). Una variazione che assume nel 2015 notevoli dimensioni soprattutto per l'introduzione della misura di sostegno alle regioni nell'acquisto di farmaci innovativi: pari a 100 milioni nelle previsioni iniziali, l'importo è cresciuto a 500 milioni nelle previsioni definitive.

Al netto di questo intervento che incide sulle somme trasferite alle amministrazioni regionali, la variazione rimane comunque di rilievo (+35 per cento) e riguarda le misure a favore delle famiglie (soprattutto gli interventi per i risarcimenti) e in misura minore la spesa in conto capitale.

Sembra interrompersi il processo di riduzione degli scostamenti tra stanziamenti iniziali e definitivi, osservato nell'ultimo triennio e segno di un miglioramento della capacità programmatoria dell'Amministrazione (la variazione passa infatti dal 24,3 per cento del 2012 al 14,4 del 2014).

Nel confronto con il precedente esercizio (e al netto della misura straordinaria sui farmaci), la dotazione finanziaria del ministero presenta nelle previsioni iniziali una flessione di oltre il 14 per cento mentre nelle previsioni definitive si registra una seppur lieve crescita (+1,2 per cento).

Si conferma la netta prevalenza degli importi destinati a trasferimenti a famiglie e amministrazioni decentrate: nelle previsioni definitive a queste categorie va oltre l'84 per cento delle dotazioni complessive.

2.2. La gestione delle spese

Una valutazione dei risultati della gestione soprattutto in rapporto allo scorso esercizio viene condotta nel seguito al netto del fenomeno dei trasferimenti per i farmaci innovativi che hanno inciso sugli impegni per 500 milioni e pagamenti per oltre 403. Il rilievo di tale trasferimento nel solo 2015, rende infatti poco significativo il confronto tra i risultati dei due anni.

Il consuntivo mostra impegni sulla competenza per oltre 1.534 milioni che crescono a circa 1.682 milioni ove si considerino anche gli impegni sui residui. Un aumento dell'1,8 per cento rispetto al 2014, allorché le somme impegnate si erano mantenute a 1503,4 milioni. Crescono in misura significativa invece gli impegni sui residui tali da portare la variazione degli impegni totali poco al di sotto del 12 per cento rispetto al 2014. Un risultato legato alle somme impegnate per trasferimenti agli enti territoriali.

I pagamenti sulla competenza presentano invece una flessione dello 0,8 per cento, che si accentua all'1,5 guardando i pagamenti totali. Ciò, nonostante che la massa spendibile sia aumentata nell'anno di circa il 4 per cento. Sono i trasferimenti correnti alle amministrazioni pubbliche, oltre che il ritardo con cui si traducono in pagamenti le spese in conto capitale, a spiegare il fenomeno: i pagamenti totali sulla massa spendibile si riducono ulteriormente dal 60 per cento al 56,6 per cento.

3. Missioni e Programmi*3.1. La missione "Tutela della salute"*

Le risorse destinate alla missione sono pari a 1.133,5 milioni (al netto dei 500 milioni per i farmaci innovativi) e si distribuiscono tra i dodici programmi previsti con pesi (in termini di stanziamenti) molto diversi tra loro: a tre programmi va oltre l'87 per cento degli importi. Si tratta della "Vigilanza degli enti e sicurezza delle cure", della "Programmazione del SSN per l'erogazione dei LEA" e "della Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria".

SALUTE

Rispetto al 2014 (guardando ai dati ricostruiti secondo la metodologia di cui si diceva in precedenza) gli stanziamenti e gli impegni sulla competenza flettono di circa l'1 per cento, mentre più netta è la riduzione dei pagamenti sulla competenza (-5,3 per cento).

TAVOLA 2

categorie economiche	valori in migliaia						variazioni			composizione 2015		
	stanziamenti definitivi		impegni competenza		pagamenti competenza		stanz. def.	impegni comp.	pag. comp.	stanz. Def.	impegni comp.	pag. comp.
	2014	2015	2014	2015	2014	2015						
Redditi da lavoro	105.203	105.303	95.307	103.031	93.658	102.149	0,1	8,1	9,1	9,3	9,2	11,8
Consumi intermedi	117.816	100.881	114.256	97.319	54.869	43.658	-14,4	-14,8	-20,4	8,9	8,7	5,0
Imposte sulla prod.	6.103	6.122	5.557	5.950	5.470	5.945	0,3	7,1	8,7	0,5	0,5	0,7
Trasf. correnti a AP	142.825	145.032	142.796	144.995	138.202	141.227	1,5	1,5	2,2	12,8	13,0	16,3
Trasf. correnti a famiglie e isp	742.144	733.194	739.612	726.006	590.614	532.670	-1,2	-1,8	-9,8	64,7	64,9	61,6
Trasf. correnti a estero	15.442	20.145	15.431	18.531	15.431	18.531	30,5	20,1	20,1	1,8	1,7	2,1
Altre spese correnti	258	1.200	258	1.200	0	1.200				0,1	0,1	0,1
Investimenti fissi lordi	1.018	2.590	815	2.349	134	839	154,4	188,3	528,1	0,2	0,2	0,1
Contr. investimenti AP	14.486	18.938	14.486	18.938	14.486	18.938	30,7	30,7	30,7	1,7	1,7	2,2
Altri trasf. c/capitale	1.050	88	1.050	88	1.050	88	-91,6	-91,6	-91,6	0,0	0,0	0,0
Totale "Tutela salute"	1.146.345	1.133.494	1.129.567	1.118.406	913.913	865.243	-1,1	-1,0	-5,3	100	100	100

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

3.1.1. Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante

A tale programma sono stati destinati 111,9 milioni che si sono tradotti in impegni per oltre 102 milioni e hanno dato luogo a pagamenti per 72,2 milioni (i pagamenti crescono a 101,1 se si considerano quelli su residui). Si tratta per oltre il 60 per cento di spese per il personale e per consumi intermedi, a cui si aggiungono gli importi relativi all'assistenza al personale navigante e ciò che viene riconosciuto a soggetti sanitari esterni per tale attività.

TAVOLA 3

categorie economiche	valori in migliaia						variazioni			composizione 2015		
	stanziamenti definitivi		impegni competenza		pagamenti competenza		stanz. def.	impegni comp.	pag. comp.	stanz. Def.	impegni comp.	pag. comp.
	2014	2015	2014	2015	2014	2015						
Redditi da lavoro	37.408	37.607	33.913	36.566	33.713	36.457	0,5	7,8	8,1	33,6	35,7	50,5
Consumi intermedi	32.556	30.571	31.154	29.215	11.840	9.348	-6,1	-6,2	-21,0	27,3	28,6	12,9
Imposte sulla prod.	2.420	2.427	2.213	2.377	2.194	2.377	0,3	7,4	8,4	2,2	2,3	3,3
Trasf. correnti a AP	7.735	7.321	7.728	7.318	4.616	6.872	-5,4	-5,3	48,9	6,5	7,2	9,5
Trasf. correnti a famiglie e isp	37.400	33.880	34.936	26.781	18.693	17.163	-9,4	-23,3	-8,2	30,3	26,2	23,8
Investimenti fissi lordi	28	55	34	46	16	23	92,3	36,3	45,8	0,0	0,0	0,0
totale progr. 001	117.547	111.860	109.978	102.304	71.071	72.241	-4,8	-7,0	1,6	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Gli interventi prioritari riferibili a tale programma riguardano la definizione delle linee strategiche per la prevenzione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili, il controllo dei rischi sanitari, le azioni di promozione della salute in tutte le età attraverso strategie intersettoriali e politiche integrate sui principali determinanti di salute.

Con l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 è stato approvato il Documento di valutazione del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018⁴, che prevede la definizione dei criteri di verifica dei Piani regionali e dei valori soglia per ciascuno degli indicatori individuati. Il PNP rappresenta infatti uno degli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del

⁴ Approvato con l'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

fabbisogno sanitario, e come tale è oggetto di verifica da parte del Comitato LEA. Nel corso dell'esercizio si è svolta la fase di valutazione della programmazione regionale che ha portato a rimodulazioni, anche di ampia portata, dei PRP al fine di assicurare la coerenza con gli obiettivi e strategie fissati a livello nazionale.

In linea con le indicazioni dell'OMS, il Piano predilige un approccio trasversale, rispetto a quello verticale per singola patologia, ponendo l'attenzione non solo sugli aspetti specificatamente sanitari, ma anche sui determinanti ambientali, sociali ed economici della salute. Le azioni proposte per ridurre i principali fattori di rischio prevedono, quindi, il coinvolgimento di soggetti istituzionali e della società civile⁵.

Tale approccio caratterizza il programma "Guadagnare salute", che nasce dall'esigenza di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, agendo sui fattori di rischio di malattie cronico-degenerative. In tale ambito, oltre al coordinamento della rete degli operatori regionali, l'attività del Ministero ha riguardato la verifica dello stato di realizzazione dei progetti finanziati dal Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)^{6,7}.

Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie trasmissibili, è proseguita l'attività di monitoraggio circa la copertura della popolazione interessata e la sorveglianza degli eventi avversi. E' stato poi aggiornato il Piano Nazionale 2016-2018 sulle vaccinazioni ed il nuovo Calendario vaccinale, corredato da una stima dei costi e una valutazione della sostenibilità, dopo l'esame in Conferenza Stato-Regioni, è attualmente all'attenzione del Ministero dell'economia per una verifica degli aspetti finanziari.⁸

In materia di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, in continuità con il precedente Piano, anche per il PNP 2014-2018 sono state individuate una serie di azioni centrali, di competenza quindi degli Uffici del Ministero, con l'obiettivo di rafforzare la *governance* di sistema a livello nazionale e regionale.⁹

Nell'ambito della prevenzione, oltre all'attività svolta direttamente dal Ministero della salute, va ricordata quella del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM). Anche la programmazione 2015 ha confermato la suddivisione in due ambiti operativi, area

⁵ Tale strategia di carattere "universale" trova attuazione negli interventi riguardanti la lotta al tabagismo (nel corso dell'esercizio è stato emanato il d.lgs. n. 6/2016 di recepimento della Direttiva 40/2014/UE, finalizzata ad una maggiore protezione dei consumatori, in particolare dei giovani. E' stata inoltre presentata all'OMS la relazione sugli interventi e sui risultati conseguiti dall'Italia in attuazione della Convenzione sul Controllo del Tabacco), l'abuso di alcool e le patologie da gioco d'azzardo che, con la legge finanziaria per il 2015, hanno ricevuto per la prima volta uno specifico finanziamento di 50 milioni.

⁶ Tra i progetti monitorati, particolare rilevanza riveste quello riguardante la scuola, oggetto del Protocollo d'Intesa siglato nel 2013 dai Ministeri della salute e dell'istruzione, diretto a monitorare lo stato nutrizionale e comportamentale dei bambini e degli adolescenti, e a porre in luce situazioni a rischio, ivi compresi il consumo di alcolici, fumo, gioco d'azzardo e i fenomeni di bullismo.

⁷ Dopo l'approvazione del Piano di azione per la salute mentale 2013-2020, il 30 ottobre 2014 è stato sottoscritto in sede di Conferenza Unificata l'Accordo avente per oggetto il "Piano Nazionale sulle demenze", entrato in vigore nel gennaio 2015. È stato inoltre firmato, il 21 settembre 2015, un Protocollo d'intesa con il Ministero dell'interno sulla geolocalizzazione dei soggetti con demenza: è in corso di preparazione una circolare agli Assessori regionali sulle attività di rispettiva competenza. A livello internazionale, tali tematiche sono state affrontate nell'ambito delle Iniziative "ALCOVE" della Commissione europea, e delle azioni promosse dal G7 a partire dal 2014, che vedono coinvolte la *Global Alliance Against Dementia* (GAAD), il *World Council*, e l'istituendo Osservatorio globale dell'OMS.

⁸ Sempre nel campo della lotta alle malattie infettive, in collaborazione con l'OMS sono state svolte le attività di sorveglianza necessarie ai fini della certificazione dell'eradicazione mondiale della poliomielite ed il monitoraggio dei soggetti ricentrati da aree affette da MVE. Sono proseguite le attività di controllo dei molteplici aspetti dell'infezione HIV e della patologia AIDS e a dicembre sono state aggiornate le *Linee Guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antivirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV*. Particolare attenzione, infine, è stata dedicata alle iniziative dirette a ridurre il fenomeno della resistenza antimicrobica (AMR) e al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

⁹ Particolare attenzione è stata dedicata alle malattie respiratorie nell'ambito del programma OMS "*Global Alliance against chronic Respiratory Diseases*" (GARD), cui il Ministero partecipa come responsabile per l'Italia insieme alle società scientifiche, le associazioni dei pazienti, le università, gli operatori sanitari⁹. L'altra tematica di rilievo è stata quella relativa alla prevenzione e cura dell'osteoporosi e delle fratture di fragilità.

SALUTE

progettuale (implementazione del Piano prevenzione nazionale, del programma “Guadagnare salute” e di progetti strategici di interesse nazionale) e azioni centrali (spese di funzionamento, personale e attività), a ciascuno dei quali è stato destinato il 50 per cento delle risorse (9,6 milioni). Delle 48 iniziative proposte dalle Regioni e Province autonome, nonché da AGENAS, INAIL INMP e ISS, ne sono state ritenute rispondenti ai criteri previsti 12, che hanno impegnato circa la metà delle risorse (4,6 milioni), mentre alcune delle proposte individuate inizialmente (Autismo, Piano di intervento nelle scuole e Patologie prevenibili nella popolazione carceraria) sono state poi finanziate con altri fondi del Ministero. Relativamente all’area centrale, oltre ai corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF e PIF e all’attività ordinaria di sorveglianza delle malattie trasmissibili e non trasmissibili, le azioni hanno riguardato la risposta alle emergenze, le attività di difesa civile nel settore NBC e il sostegno alla rete USMAF, nonché il sostegno alle collaborazioni internazionali. Sono stati inoltre avviati progetti nell’ambito dell’area ambiente e salute¹⁰, delle malattie trasmissibili¹¹, nonché di alcune problematiche emergenti ritenute prioritarie quali l’implementazione dei Sistemi di Sorveglianza sul disturbo da gioco d’azzardo e sull’uso medico della cannabis sul territorio nazionale, lo sviluppo di programmi operativi attuativi delle linee di indirizzo sulla Genomica in Sanità Pubblica, lo studio nazionale sulla fertilità e l’implementazione della raccolta dei dati sulla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

In tema di prima accoglienza dei migranti, le funzioni di profilassi sono svolte dal Ministero della salute per mezzo dei propri Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera presenti nei principali porti ed aeroporti del Paese¹².

Posto che vengono messe in atto tutte le misure necessarie per ridurre il rischio di importazione di rischi infettivi, le condizioni sanitarie riscontrate più frequentemente sono legate soprattutto alle condizioni disagiate prima e durante i viaggi piuttosto che a malattie infettive, che presentano un’incidenza in media con quella della popolazione locale e che, nella maggior parte dei casi, sono prontamente controllabili con semplici misure di profilassi e di terapia.

In tale fase, le maggiori problematiche sono, piuttosto, legate al flusso di migranti a fronte di strutture di accoglienza di capienza limitata e di un personale insufficiente, tenuto

¹⁰ Ovvero l’implementazione dello studio epidemiologico SENTIERI, la formazione ed addestramento di un corpo ispettivo di Direzione (BPL, REACH, MOGM), l’attuazione di interventi di prevenzione, controllo e gestione dei rischi connessi all’impiego delle sostanze chimiche e dei prodotti a consumo, e la promozione di uno studio sugli inchiostri per tatuaggi per verificarne le caratteristiche microbiologiche.

¹¹ Tra cui il rafforzamento della rete di laboratori per garantire l’eliminazione di morbillo e rosolia e l’attivazione di specifici studi sui tipi di meningococco circolanti in Italia, con particolare riferimento alla copertura offerta dal vaccino.

¹² Gli USMAF svolgono i controlli al momento dell’arrivo in porto delle navi che hanno effettuato il recupero in mare dei migranti, in operazioni di *Search and Rescue* (SAR), prima nell’ambito dell’Operazione *Mare Nostrum* e ora nell’ambito del Dispositivo Frontex Plus (Triton, ecc). In alcuni casi le operazioni cominciano già a bordo, come è avvenuto dal giugno 2014 in seguito all’Accordo di collaborazione tra la Direzione Generale della Prevenzione e la Marina Militare. In tal modo può essere stabilita una priorità per lo sbarco in banchina, ovvero se lo sbarco è già avvenuto, per l’invio al ricovero ospedaliero. In collaborazione con gli USMAF, le autorità locali (marittima-capitaneria di porto, pubblica sicurezza-prefettura, ASL e Servizio di emergenza territoriale 118) e altri Enti come la Croce Rossa, viene realizzata una sorta di piattaforma sanitaria, con tende amovibili messe a disposizione dalla CRI, con la quale il Ministero della salute ha stipulato, fin dal 2007, delle convenzioni per l’organizzazione di Reparti di Sanità Pubblica per l’attuazione del Regolamento Sanitario Internazionale e recentemente anche per la gestione dei flussi migratori. I controlli sono diretti a verificare la presenza di segni e sintomi sospetti di malattie infettive che potrebbero rendere necessarie misure che vanno dalla semplice sorveglianza sanitaria al ricovero in reparti di malattie infettive, fino al ricovero in centri di riferimento nazionali con modalità di alto bio-contenimento, eventualità questa rarissima, verificatisi finora in due casi nel biennio 2014-2015, ma per la quale sono disponibili sia mezzi che preparazione adeguata. Al riguardo, va ricordato il progetto “diagnosi in banchina”, realizzato dagli USMAF in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera Garibaldi nel porto di Catania. Il progetto, operativo dall’estate 2015, permette di fare una diagnosi di tubercolosi in due ore, quando ancora il migrante si trova in banchina per le procedure di identificazione. In questo modo, i casi che necessitano di terapia antitubercolare possono essere immediatamente identificati, con evidenti vantaggi, in termini di prevenzione, anche per gli altri migranti ed il personale dei centri

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

conto che gli sbarchi dei migranti irregolari sono a carico degli USMAF di due regioni (Sicilia e, negli ultimi tempi, Calabria): oltre 140.000 gli arrivi nel 2014 e circa 119.000 nei primi dieci mesi del 2015, concentrati tra aprile e ottobre.

Complesso appare anche il percorso sanitario successivo. La sorveglianza delle malattie infettive e la relativa assistenza non si esauriscono, infatti, al momento dell'arrivo ma continuano, sotto la responsabilità del SSN, per tutta la durata della permanenza sul territorio nazionale dei migranti¹³. La necessità di mantenere collegamenti e flussi informativi con il Ministero della salute anche nelle fasi successive alla prima accoglienza ha portato all'emanazione della Circolare del 12 marzo 2014 del Ministero dell'interno, con la quale si chiede alle Prefetture di comunicare al Ministero della salute i riferimenti dei centri di accoglienza governativi, sia ordinari che temporanei, e il numero di immigrati ospitati¹⁴.

Interessante, sotto questo profilo, il progetto del Ministero della salute per la realizzazione di una Cartella Sanitaria in formato elettronico. Oltre all'identificazione e monitoraggio dello stato di salute del migrante, questa dovrebbe permettere di registrare e conservare i dati scaturiti dai controlli effettuati lungo tutta la filiera dell'accoglienza, in modo che questi possano essere accessibili alle strutture sanitarie, evitando duplicazioni di interventi o, peggio, mancanza di interventi.

3.1.2. Sanità pubblica veterinaria

Il programma ha potuto contare nel 2015 su 44,4 milioni. Sono state impegnate somme per 43,1 milioni e pagate per 40,3. I redditi da lavoro assorbono la gran parte delle risorse (circa il 69 per cento degli stanziamenti e degli impegni) e dei pagamenti (il 78,4 per cento). Si dimezzano nell'anno le risorse destinate alla sorveglianza epidemiologica. Registra un aumento la spesa per i compensi ai veterinari, farmacisti e chimici a tempo determinato operanti nelle strutture centrali e periferiche.

TAVOLA 4

categorie economiche	valori in migliaia						variazioni			composizione 2015		
	stanziamenti definitivi		impegni competenza		pagamenti competenza		stanz. def.	Impegni comp.	pag. comp.	stanz. Def.	Impegni comp.	pag. comp.
	2014	2015	2014	2015	2014	2015						
Redditi da lavoro	30.733	30.506	27.202	30.007	27.091	29.944	-0,7	10,3	10,5	68,8	69,6	78,4
Consumi intermedi	17.060	11.983	16.098	11.274	12.023	6.917	-29,8	-30,0	-42,5	27,0	26,2	18,1
Imposte sulla prod.	1.297	1.301	1.201	1.290	1.191	1.290	0,3	7,4	8,4	2,9	3,0	3,4
Trasf. correnti a AP	534	528	522	515	0	0	-1,3	-1,2		1,2	1,2	0,0
Altre spese correnti	258	0	258	0	0	0	-100,0	-100,0		0,0	0,0	0,0
Investimenti fissi lordi	19	37	18	25	17	25	92,3	36,3	45,8	0,1	0,1	0,1
totale progr. 002	49.902	44.354	45.298	43.111	40.322	38.176	-11,1	-4,8	-5,3	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nel corso del 2015 sono proseguiti i programmi di sorveglianza delle malattie infettive attraverso il rafforzamento delle misure di identificazione, registrazione e controllo delle movimentazioni animali, l'armonizzazione delle procedure diagnostiche, l'informatizzazione delle attività di profilassi e la disciplina delle verifiche dell'efficacia dei controlli. Sono stati inoltre posti in atto interventi straordinari per l'eradicazione di alcune malattie, che hanno

¹³ Il 20 dicembre 2012 è stato approvato un Accordo Stato-Regioni, con le indicazioni per la corretta applicazione da parte delle Regioni e Province Autonome della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera. Tale definizione comprende anche i migranti irregolari, cui debbono essere garantite le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e, in un'ottica di tutela della collettività, anche le prestazioni di medicina preventiva quali le vaccinazioni, la tutela della gravidanza e della maternità, la salute dei bambini.

¹⁴ Sempre nel 2014 è stato emanato il decreto del Ministero dell'interno recante il Regolamento sui criteri per la gestione dei centri, alla cui stesura il Ministero della salute ha collaborato per la parte relativa all'accertamento delle condizioni di salute e all'assistenza medica; nel regolamento si sottolinea, inoltre, la necessità di uno stretto collegamento tra i centri e le ASL competenti per territorio.