

SALUTE

comportato sia la revisione e l'aggiornamento dei piani annuali di controllo, che l'organizzazione di corsi di formazione per il personale dei servizi veterinari interessati al fine di una precoce individuazione e controllo delle malattie stesse.

A supporto del sistema di reti di sorveglianza, sono stati attuati interventi volti a potenziare il Sistema informativo nazionale veterinario per la sicurezza alimentare (SINVSA). A tal fine è stato predisposto il decreto ministeriale per la modifica e l'informatizzazione del "Documento di provenienza e destinazione degli animali" o "Modello IV", che unifica lo stesso con le informazioni inerenti la catena alimentare (ICA).

Per quanto concerne il benessere degli animali, nel corso del 2015 la Direzione Generale della sanità animale e dei farmaci veterinari è stata impegnata, da un lato, nella predisposizione e nell'aggiornamento della normativa nei settori dell'allevamento, dei trasporti, della protezione degli animali utilizzati a fini scientifici e della tutela degli animali d'affezione; dall'altro, nell'attività di concertazione con le varie istituzioni interessate al fine di definire le procedure di controllo¹⁵.

In materia di regolazione dei farmaci veterinari, sono proseguite l'attività di monitoraggio, ai sensi della Decisione UE 652/2013, dell'antibiotico resistenza nei patogeni, fornendo gli esiti nei "Piani di monitoraggio" annuali; la raccolta dei dati relativi alla vendita di medicinali veterinari per il progetto europeo ESVAC (*European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption*); la partecipazione dell'Italia ai gruppi di lavoro presso l'EMA; la collaborazione con la Commissione UE ai fini dell'elaborazione della proposta di regolamento in materia¹⁶ e del *Codex Alimentarius*. La Direzione ha predisposto le Linee guida sull'impiego di antibiotici nella pratica zootecnica per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito, al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza.

Quanto agli scambi commerciali con l'estero, accanto all'ordinaria attività di sorveglianza sulle importazioni di animali e di prodotti di origine animale, per l'organizzazione di Expo 2015 specifici controlli sono stati stabiliti sugli alimenti provenienti dai Paesi Terzi partecipanti, in attuazione del Regolamento (UE) 2015/329 approvato il 16 dicembre 2014 nel corso del Comitato di sicurezza biologica della Commissione Europea. Considerata la presenza all'evento di diversi Paesi non autorizzati ad esportare nell'UE alcune categorie di alimenti di origine animale, il Regolamento ha avuto come obiettivo principale quello di disciplinare la tracciabilità e i controlli sanitari su tali prodotti, fissando specifiche procedure per le autorità sanitarie centrali del Ministero della salute, l'Agenzia delle dogane e le autorità sanitarie periferiche (Uffici veterinari periferici del Ministero, Servizi veterinari Regionali e delle ASL). Rigide prescrizioni sono state previste per garantire la tutela della sanità animale ed evitare qualsiasi rischio di diffusione di malattie dannose per il patrimonio zootecnico. Per quanto riguarda gli

¹⁵ Nel caso degli allevamenti, sono state definite le percentuali dei controlli da effettuare a campione, su indicazione della AGEA, e le modalità operative con le quali i servizi veterinari delle ASL e delle regioni svolgono le ispezioni sugli allevamenti beneficiari di aiuti economici stanziati dall'Unione europea ed erogati tramite l'Agenzia. Al riguardo, la Direzione si è impegnata a garantire l'applicazione della normativa per la protezione dei suini in allevamento, con riferimento alla direttiva 2008/120/CE ed all'EU-Pilot n. 3993/12/SNCO della Commissione Europea, al fine di evitare l'avvio di procedura di infrazione comunitaria per il ritardo con cui gli allevatori stavano effettuando gli adeguamenti necessari per conformarsi alla normativa europea. Per quanto riguarda il benessere animale durante il trasporto, è proseguita l'attività prevista nel Protocollo d'Intesa, sottoscritto nel 2011 tra il Ministero della salute e la Polizia Stradale, per potenziare a livello nazionale i controlli su strada dei veicoli adibiti al trasporto di animali vivi. Nell'ambito del settore della protezione degli animali utilizzati a fini scientifici, la Direzione, oltre all'elaborazione delle linee guida che stabiliscono le singole procedure che gli operatori devono seguire per ottenere l'autorizzazione a sviluppare progetti di ricerca che prevedano l'utilizzo di animali, ha predisposto i decreti ministeriali in attuazione del d.lgs. n. 26/2104, sulla formazione professionale degli addetti ai lavori negli stabulari, sul reinserimento degli animali a fine sperimentazione e sulla fissazione delle tariffe per il rilascio delle suddette autorizzazioni. E' proseguita infine l'attività di verifica nelle strutture che ospitano animali, in sinergia con il Comando dei Carabinieri per la tutela della salute (NAS), ed è stata richiesta alle regioni e province autonome una rendicontazione delle strutture presenti sul territorio anche al fine di verificare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

¹⁶ COM (2014) 558 recante "Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai medicinali veterinari.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

aspetti di Sanità pubblica, invece, il Ministero della salute di volta in volta ha effettuato rigorose valutazioni delle istanze di importazione di particolari tipologie di alimenti.

Nel settore della ricerca, infine, la Direzione ha svolto un'attività di coordinamento dei diversi soggetti impegnati, al fine di agevolare la partecipazione italiana ai progetti cofinanziati con fondi UE¹⁷, e ha aggiornato le linee guida e le procedure di valutazione dei progetti presentati dagli IIZZSS. Con tali procedure si è inteso innescare un meccanismo di competizione virtuosa tra i vari Istituti, prevedendo che chi produce una quantità maggiore di dati ottiene un'assegnazione annuale maggiore di fondi. Un meccanismo meritocratico che, nell'arco di pochi anni, ha dato risultati significativi. Ai fini, inoltre, di una corretta divulgazione dei risultati scientifici raggiunti, la Direzione ha spinto tutti gli Istituti a promuovere annualmente una giornata di studio dedicata al SSN avente come oggetto le ricerche concluse nell'anno precedente.

3.1.3. Programmazione del SSN per l'erogazione dei LEA

Al programma sono stati destinati, nel 2015, 292,8 milioni (792,8 milioni al lordo del contributo per i farmaci innovativi) con una riduzione rispetto al 2014 dell'1,3 per cento. Analoghi tassi di riduzione hanno registrato sia gli impegni che i pagamenti.

Poco meno dell'87 per cento delle risorse gestite dal programma è relativo al rimborso delle spese di assistenza sanitaria prestate all'estero. Dopo la forte crescita dello scorso esercizio, gli importi stanziati, impegnati e erogati si riducono del 3,1 per cento.

Crescono di oltre il 30,7 per cento le risorse da trasferire alle amministrazioni territoriali per gli interventi di riqualificazione e ristrutturazione dei grandi centri urbani (reiscritti).

TAVOLA 5

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	8.233	8.262	7.507	8.085	7.467	8.064	0,4	7,7	8,0	2,8	2,8	2,8
Consumi intermedi	8.881	8.210	8.780	8.081	3.022	2.366	-7,6	-8,0	-21,7	2,8	2,8	0,8
Imposte sulla prod.	533	534	482	518	485	526	0,3	7,4	8,4	0,2	0,2	0,2
Trasf.correnti a AP	1.399	1.516	1.390	1.498	523	489	8,4	7,8	-6,4	0,5	0,5	0,2
Trasf.correnti a famiglie e isp.	262.100	254.095	262.048	254.037	261.571	253.535	-3,1	-3,1	-3,1	86,8	86,9	88,9
Altre spese correnti	0	1.200	0	1.200	0	1.200				0,4	0,4	0,4
Investimenti fissi lordi	10	20	11	15	10	15	92,3	36,3	45,8	0,0	0,0	0,0
Contr. investimenti AP	14.486	18.938	14.486	18.938	14.486	18.938	30,7	30,7	30,7	6,5	6,5	6,6
Altri transf. e/capitale	1.000	40	1.000	40	1.000	40	-96,0	-96,0	-96,0	0,0	0,0	0,0
totale progr. 03	296.641	292.814	295.703	292.411	288.564	285.172	-1,3	-1,1	-1,2	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Anche nel 2015 l'attività svolta nell'ambito del programma è stata legata al Nuovo Patto della Salute, la cui attuazione richiede la definizione di diversi temi demandati ad accordi successivi. Il Patto prevedeva, in particolare, l'aggiornamento, entro il 31 dicembre 2014, dei Livelli essenziali di assistenza. Lo schema di provvedimento è attualmente all'esame del

¹⁷ In particolare, la Direzione ha partecipato al progetto di Azione di coordinamento europeo della ricerca ERAnet sia per gli aspetti di sanità animale e benessere animale sia per quelli relativi alle produzioni sostenibili. Per le prime tematiche, relative al progetto *ERAnet ANIHWA*, la Direzione ha partecipato al terzo bando transnazionale con un finanziamento di 1 milione di euro, per complessivi sei progetti finanziati. Per le seconde tematiche, attinenti al progetto *ERAnet SusAn*, la Direzione ha coordinato la partecipazione degli IIZZSS al primo bando transnazionale che si svolgerà nel 2016. Ha predisposto, inoltre, specifiche attività per la partecipazione alle azioni di coordinamento internazionale per la ricerca in sanità animale (IRC STARIDAZ), per la quale l'Italia è membro del gruppo direttivo, e per il coordinamento e partecipazione degli IIZZSS e l'ISS al *European Joint Programme (EJP)* sulle zoonosi, entrambi progetti che saranno finanziati dall'UE a partire da quest'anno. In particolare l'EJP prevede un finanziamento di 35 milioni da parte della Commissione EU per lo sviluppo di progetti di ricerca di rete in 5 anni.

SALUTE

Ministero dell'economia e delle finanze per la verifica dell'impatto economico-finanziario e la sua compatibilità con le risorse disponibili¹⁸.

Con riguardo alla metodologia per il continuo aggiornamento dei Livelli essenziali, la legge di stabilità per il 2016 ha poi previsto l'istituzione di una Commissione nazionale con il compito di procedere ad una valutazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni inclusi nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, valutare le proposte di inserimento nei LEA di nuove prestazioni.

La Commissione dovrà formulare, con cadenza annuale, una proposta di aggiornamento dei Lea, che potrà avere un iter semplificato nei casi in cui la stessa riguardi esclusivamente la modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale, ovvero l'individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporti ulteriori oneri a carico della finanza pubblica; in presenza di queste condizioni, le modifiche potranno essere approvate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni e le competenti Commissioni parlamentari.

Un valido strumento per il conseguimento di tali finalità - oltre che per rispondere a quanto stabilito dall'articolo 27, comma 7, del d.lgs. n. 68/2011 che prevede una revisione biennale dei criteri di pesatura per la determinazione dei fabbisogni standard regionali - potrà essere il nuovo sistema di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza in tutte le regioni di cui all'articolo 30 del decreto legislativo n. 68/2011, in corso di implementazione da parte del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Nel corso dell'esercizio, si è proceduto infatti all'aggiornamento del decreto del 12 dicembre 2001 con la definizione della struttura del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e l'individuazione di circa 100 indicatori, che si prevede di utilizzare in via sperimentale nel corso del 2016 ed a regime dal 2017¹⁹. Il relativo decreto è in fase di definizione.

Uno specifico punto riguarda la verifica dei ricoveri per riabilitazione, per i quali si rileva un'elevata quota di inappropriata, stimata nel 12 per cento dei ricoveri e 13 per cento delle giornate di degenza. Nel corso dell'esercizio è stato predisposto, da un apposito tavolo tecnico multidisciplinare coordinato dal Ministero e composto anche da numerosi esperti clinici afferenti a tutti i settori della riabilitazione, uno schema di decreto attualmente al vaglio del parere del Consiglio Superiore della Sanità, dalla cui applicazione si stimano risparmi di spesa per circa 85 milioni.

Il Patto prevedeva inoltre la revisione dei criteri di riparto del finanziamento al SSN, di cui all'articolo 27 del d.lgs. n. 68 del 2011, valutando i progressi compiuti dalle regioni nel percorso di miglioramento degli standard di qualità e utilizzando nuove modalità di pesature, secondo quanto indicato all'articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 1996: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni

¹⁸ In proposito si ricorda che la legge di stabilità per il 2016 ha introdotto un vincolo di destinazione pari a 800 milioni, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, per l'aggiornamento dei LEA, da approvare entro 60 giorni dall'entrata in vigore della medesima legge n. 208/2015. Contestualmente, è stato avviato il tavolo di confronto con FNOIMECO e FISM sulle condizioni di erogabilità delle cure nel settore odontoiatrico, a seguito delle disposizioni contenute nel decreto "appropriatezza" attuativo dell'articolo 9-*quater* del DL 78/2015 e della Circolare della direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della salute del 25 marzo 2016.

¹⁹ Il NSG si articola in un macro-insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza e ai singoli LEA ad essi afferenti; tale macro-insieme ha l'obiettivo di descrivere e monitorare l'erogazione dei LEA e di incentivare il miglioramento dell'assistenza attraverso la pubblicazione e il confronto annuale dei valori dei singoli indicatori tra le diverse Regioni e nel tempo.

Nell'ambito del macro-insieme viene individuato un sottoinsieme di indicatori che è utilizzato per verificare ogni anno l'erogazione dei LEA attraverso: i) il confronto dei valori degli indicatori con dei valori di riferimento; ii) il calcolo di un punteggio per indicatore, secondo una scala di valori attribuibili al suo dominio; iii) il computo di un risultato globale regionale, che indichi entro quale soglia è garantita l'erogazione dei LEA; iv) il calcolo di un risultato globale nazionale, che permetta di monitorare il Paese nel tempo e di confrontarlo con altre realtà a livello internazionale.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali. La legge di stabilità 2015²⁰, recependo quanto disposto dal Patto, aveva disposto che, a decorrere da tale esercizio i pesi fossero definiti, tenendo conto del percorso di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità, sulla base dei suddetti criteri. Non essendosi tuttavia raggiunta l'Intesa entro il termine del 30 aprile, il riparto per lo scorso esercizio è stato predisposto, in analogia con i due anni precedenti, facendo riferimento alle classi di età. Lo stesso avverrà per il 2016²¹, mentre i nuovi criteri dovranno essere applicati a decorrere dall'anno 2017.

Connessa a tali tematiche è la revisione sia del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni, al fine di garantire maggiore equità al sistema²², che delle tariffe. Per quanto riguarda i *ticket*, il nuovo sistema dovrà tener conto della condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza e assicurare al contempo l'invarianza, a livello nazionale, del gettito derivante dalla partecipazione alla spesa. La ridefinizione del sistema di compartecipazione dovrebbe, pertanto, essere accompagnata da misure che indirizzino in modo adeguato la domanda di prestazioni ottenendo un più appropriato utilizzo delle risorse. Nessun progresso significativo è stato tuttavia compiuto nel corso dell'esercizio.

Quanto alle tariffe, nel gennaio 2016 è stata costituita la Commissione permanente che sta lavorando per l'aggiornamento delle tariffe da operarsi, entro il 30 settembre 2016, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica ed entro il 31 dicembre 2016 per le prestazioni di assistenza ospedaliera, così come previsto dall'articolo 6, comma 3 del decreto-legge 31 dicembre 2015, n. 210. Nel 2017 è prevista la definizione delle tariffe per la telemedicina²³.

Passi avanti sono stati compiuti nella riorganizzazione dell'assistenza primaria, ed in particolare nel consolidamento dei legami tra ospedale e territorio, anche se il ritardo nel rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta non ha consentito di giungere alla rideterminazione dei fabbisogni di personale e ha inciso, in parte, sulle modalità organizzative adottate da parte delle regioni²⁴. Queste risultano ancora piuttosto disomogenee: dai dati forniti dalle Regioni nell'ambito degli Adempimenti LEA 2014, risulta che le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), previste sia dalla vigente normativa che dagli ACN 2009, sono diffusamente rappresentate sull'intero territorio nazionale, mentre le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) sono state attivate, con tale denominazione soltanto in alcune Regioni. Proseguono, comunque le azioni di attivazione/implementazione di modelli organizzativi multiprofessionali, spesso inseriti nei processi di riconversione di piccoli ospedali, che consentono di erogare, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione di più figure professionali.

²⁰ Articolo 1, comma 601, della legge n. 190 del 2014.

²¹ Intesa Stato Regioni del 2 luglio 2015 (rep. Atti n. 113/CSR).

²² Il tema è particolarmente complesso. Infatti esso deve contemperare diversi aspetti: promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e, quindi, favorire la richiesta appropriata; ottenere un gettito finanziario per le Regioni evitando al contempo che livelli di compartecipazione troppo elevati favoriscano lo spostamento dal Servizio Sanitario Nazionale verso strutture sanitarie private, minando la stessa possibilità di garantire livelli di assistenza adeguati.

²³ La Commissione permanente, presieduta dal Ministero della salute, composta da rappresentanti dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nonché dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), ha il compito di: aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento individuate con il DM 18 ottobre 2012 e le tariffe di riferimento per la remunerazione delle prestazioni protesica di cui al decreto del Ministro della sanità del 27 agosto 1999, n. 332; individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'articolo 8-sexies del Dlgs n. 502/1992; definire criteri e parametri di riferimento per l'individuazione di classi tariffarie; promuovere la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

²⁴ Tali forme organizzative, monoprofessionali (denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) e multiprofessionali (denominate Unità complesse di cure primarie - UCCP) sono basate sull'integrazione ed il coordinamento operativo tra i Medici di Medicina Generale (MMG) in tutte le loro funzioni, i Pediatri di Libera Scelta (PLS), gli Specialisti Ambulatoriali (MSA) ed altre figure professionali che operano nel territorio, secondo le modalità operative e "standard organizzativi/strutturali" individuati dalle singole Regioni.

SALUTE

Sono proseguite in molte Regioni, in particolare in quelle sottoposte a Piani di Rientro, le azioni volte a migliorare le prestazioni del sistema di emergenza urgenza affrontando, contestualmente, gli aspetti organizzativi relativi all'attività del servizio di Continuità Assistenziale. In tale ambito sono state promosse interessanti azioni per una migliore sinergia dei servizi offerti, centralizzando le chiamate afferenti a tale servizio, razionalizzando il numero delle postazioni e allestendo percorsi alternativi al PS per una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza, come l'attivazione di ambulatori per i codici minori. Altre azioni hanno riguardato l'attivazione dei Punti di Primo Intervento (PPI), in particolare in quelle aree dove sono stati riconvertiti/disattivati i presidi ospedalieri. Al fine di garantire interventi equi e omogenei, anche nelle zone più svantaggiate, è stata effettuata la razionalizzazione dei nodi della rete di emergenza e la revisione dei bacini di utenza delle Centrali Operative nonché delle postazioni e dei mezzi di soccorso. Il grado di attuazione di tali azioni è diversificato nelle diverse Regioni e la situazione si presenta ancora in divenire²⁵.

Nell'aprile 2015, a seguito dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 5 agosto 2014²⁶ e in attuazione del decreto-legge n. 95/2012²⁷, è stato adottato il d.m. n. 70 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Tale regolamento è di particolare rilevanza perché avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera che, insieme al rilancio degli interventi di prevenzione primaria e secondaria e al potenziamento delle cure primarie territoriali, costituisce una fondamentale linea programmatica di cui il SSN si è dotato per affrontare le sfide assistenziali dei prossimi anni²⁸. Nel mese di luglio è stato poi istituito il Tavolo di monitoraggio previsto dal suddetto regolamento, i cui esiti rilevano anche ai fini delle valutazioni dei Tavoli di verifica degli adempimenti e dal Comitato Lea.

A garanzia della qualità dei servizi sanitari è la disciplina dell'accreditamento, la cui revisione era prevista dall'Intesa Stato Regioni del dicembre 2012. Nel febbraio 2015 è stato concertata con le Regioni e Province autonome la tempistica per il possesso dei requisiti minimi essenziali delle strutture. Ancora in via di definizione i dieci progetto quadro caratterizzanti il Programma per la promozione permanente della qualità e della *clinical governance* del SSN (PROQUAL).

In stretta connessione alla tematica della qualità e della sicurezza dei servizi sanitari è il Programma di ridefinizione e riorganizzazione dei Punti nascita, che vede impegnate le Regioni, da un lato, nella chiusura dei punti nascita che non raggiungono la dimensione minima richiesta; dall'altro, nell'attivazione e messa a regime dei sistemi di trasporto assistito materno o in emergenza del neonato, nonché nell'adeguamento della rete dei consultori familiari per migliorare la rete territoriale di assistenza.

In ottemperanza alle indicazioni del Patto (art. 12, comma 8), nel corso del 2015 il SiVeAS ha definito una procedura di semplificazione delle attività di monitoraggio e affiancamento alle regioni in Piano. Parallelamente, è stata definita una metodologia volta a semplificare e razionalizzare il monitoraggio degli interventi previsti nei Programmi Operativi,

²⁵ Ai fini dell'integrazione del servizio di Continuità assistenziale con quello di Emergenza territoriale, sono in fase di realizzazione anche le attività relative all'attivazione del numero europeo a valenza sociale "116-117" dedicato al Servizio di Guardia Medica non urgente. Il Ministero della salute, in accordo con le Regioni, sta provvedendo a definire le modalità e i tempi per la realizzazione del numero unico "116-117" su tutto il territorio nazionale, come già previsto dall'Accordo SR del 7 febbraio 2013 e dal Nuovo Patto per la salute 2014-2016. Le Regioni, in quanto enti utilizzatori del numero, dovranno effettuare tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo nel proprio ambito territoriale.

²⁶ Rep. Atti n. 98/CSR.

²⁷ Art. 15, comma 13, lettera c).

²⁸ Il d.m. n. 70/2015, prevede la riduzione dell'eccessiva parcellizzazione dell'offerta delle prestazioni da parte delle strutture sia pubbliche che private. In particolare, per le strutture private con numero di posti letto inferiore a 60, esso definisce le regole e le soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità degli accordi contrattuali secondo le quali le strutture private possono erogare prestazioni polispecialistiche e monospecialistiche. A tal fine è stata effettuata con le Regioni e P.A. una istruttoria che ha condotto ad una ricognizione delle strutture private accreditate con meno di 60 posti letto. E' stata, inoltre, definita la modalità operativa per la selezione delle strutture private monospecialistiche.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei livelli di assistenza ospedaliera e territoriale. Tale metodologia, basata sull'analisi dei dati emersi dalle diverse attività di verifica svolte dai Ministeri affiancanti e dagli organismi di monitoraggio, è volta a rendere le stesse sempre più coerenti tra loro e più efficacemente integrate con i programmi di riorganizzazione e riqualificazione dei SSR. Tali attività sono state affiancate dall'esame, con ciascuna Regione interessata, delle maggiori criticità, selezionando gli obiettivi prioritari, tra quelli già presenti nei Programmi Operativi, atti al superamento delle stesse²⁹.

Con la finalità di semplificare e razionalizzare il quadro normativo di riferimento, in attuazione dell'art. 12, comma 9, del Nuovo Patto per la salute, è stata infine effettuata la ricognizione delle disposizioni vigenti in materia di Piani di rientro.

Una particolare attenzione merita l'assistenza sanitaria da e per l'estero³⁰. Tale assistenza genera crediti e debiti che vengono regolati tra gli Stati in base alle disposizioni comunitarie ed internazionali³¹ e, per quanto riguarda gli aspetti amministrativo-contabili tra Stato e regioni italiane, in base alla normativa nazionale³².

In precedenti referti era stata rilevata una criticità di ordine finanziario, connessa all'incremento che si è verificato nella "mobilità sanitaria" internazionale degli assistiti ASL e che ha determinato uno sbilanciamento dell'Italia con posizioni di debito che eccedono significativamente quelle a credito. Tale criticità sembra in parte superata a seguito dell'emanazione del d.P.R. definito tra Ministero della salute e MEF che prevede che la spesa per l'assistenza in forma diretta nei Paesi dell'Unione europea e degli Stati in convenzione, a differenza del passato, debba risultare coperta a valere su uno specifico capitolo di spesa (cap.4391), alimentato dalla riassegnazione delle somme affluenti all'entrata (cap. 3620 del MEF) e, laddove insufficienti, dalle somme destinate al FSN. Restano, tuttavia, diversi elementi problematici legati alla non completa attuazione del decreto legislativo n. 38: ancora in fase di definizione risultano, infatti, le Linee Guida e l'elenco delle prestazioni soggette ad autorizzazione; non si è ancora giunti, come richiesto anche dal Nuovo Patto della Salute per garantire un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale, alla fissazione delle tariffe da parte delle regioni ed a una disciplina del riconoscimento delle prescrizioni.

²⁹ Tale procedura ha riguardato tutte le regioni in Piano di rientro, ad esclusione del Molise per cui l'art. 1, comma 604, della legge n. 190/2014 ha previsto un intervento straordinario.

³⁰ Si tratta di un fenomeno che comprende realtà molto diverse tra loro: chi si trova all'estero in temporaneo soggiorno (studenti, turisti) o chi decide di andare a risiedere all'estero da pensionato, o a lavorare alle dipendenze di imprese italiane o come autonomo, o chi richiama alla propria ASL di essere autorizzato a ricevere prestazioni di altissima specializzazione all'estero (cure programmate). I familiari a carico dei suddetti soggetti sono parimenti destinatari della copertura apprestata dalla mobilità sanitaria.

³¹ La legge 883/78 all'articolo 6 sancisce la competenza dello Stato in materia di "mobilità sanitaria"; mentre a livello comunitario la materia è disciplinata dalle direttive 24/2011/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera e 2012/52/UE sul riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro, recepite con il decreto legislativo 38/2014. Il decreto ha istituito presso il Ministero della salute il Punto di Contatto Nazionale Italiano (NCP), che fornisce agli utenti le informazioni per facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera all'interno dell'Unione Europea. Il decreto prevede il diritto dell'assicurato presso il SSN di ottenere il rimborso delle spese mediche relative all'assistenza sanitaria transfrontaliera dalla ASL di appartenenza se e nella misura in cui la prestazione erogata risulti compresa nei LEA, fatte salve le prerogative regionali in materia (i costi sono rimborsati in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti, al netto della compartecipazione alla spesa); definisce quando, ai fini del rimborso, è necessario ottenere un'autorizzazione preventiva all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché casi nei quali non può essere rifiutata o viceversa deve essere rifiutata; disciplina le procedure amministrative relative alla richiesta di autorizzazione; prevede che i medicinali o i dispositivi medici, di cui è ammesso il commercio in Italia, prescritti in un altro Stato membro, siano dispensati in Italia secondo le norme vigenti. Nel corso del 2014, ultimo esercizio per cui si dispongono dati definitivi, sono state negate 74 richieste di autorizzazione preventiva a fronte di 216 domande e 73 richieste di rimborso a fronte di 262 domande.

³² Gli Enti territoriali si occupano, per mezzo delle ASL, della materiale erogazione delle prestazioni assistenziali agli assistiti di altro Stato e della conseguente fatturazione (crediti dell'Italia), che comunicano al Ministero della salute, che provvede ad esigere il pagamento dei crediti dovuti. Le ASL partecipano, inoltre, alle verifiche contabili dei debiti dell'Italia, contestando eventualmente all'altro Stato gli importi non dovuti. Al rimborso del debito verso l'estero provvede il Ministero a valere di uno specifico capitolo di spesa del proprio bilancio.

SALUTE

Sempre con riguardo alle tematiche internazionali, nel corso del 2015 è stato istituito³³ l'Organismo nazionale di coordinamento e monitoraggio, in attuazione dell'articolo 12, della Direttiva 2011/24/UE, che prevede lo sviluppo di reti europee di riferimento costituite da centri di riferimento/eccellenza, in particolare nell'ambito delle malattie rare. L'obiettivo è quello di consentire ai cittadini europei l'accesso a cure di elevata qualità in particolare per patologie rare o ad altissimo livello di complessità e specializzazione. Tale Organismo ha dato avvio le attività previste: individuare regole, modelli e indicatori di riferimento per la valorizzazione delle eccellenze presenti nelle strutture ospedaliere nazionali e per il monitoraggio degli standard di eccellenza delle performance, supportare la Commissione europea nella procedura di valutazione e selezione dei centri di riferimento e delle reti, coordinare la complessiva cooperazione in materia, diffondere le informazioni relative alle opportunità derivanti dalle ERN ai prestatori di assistenza sanitaria ed ai centri presenti sul territorio nazionale.

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

TAVOLA 6

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	7.487	7.514	6.944	7.479	6.941	7.496	0,4	7,7	8,0	39,1	39,3	72,5
Consumi intermedi	9.477	11.118	9.336	11.013	1.337	2.329	17,3	18,0	74,3	57,9	57,9	22,5
Imposte sulla prod.	486	487	413	444	409	444	0,3	7,4	8,4	2,5	2,3	4,3
Trasf. correnti a AP	48	61	48	61	48	61	29,3	29,3	29,3	0,3	0,3	0,6
Investimenti fissi lordi	11	21	12	17	6	9	92,3	36,3	45,8	0,1	0,1	0,1
totale progr. 004	17.509	19.201	16.753	19.013	8.740	10.340	9,7	13,5	18,3	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Per questo programma di spesa sono stati stanziati, nel 2015, 19,2 milioni, quasi completamente impegnati e pagati per oltre il 50 per cento nell'anno. Le risorse gestite riguardano pressochè esclusivamente spesa corrente e sono destinate principalmente a consumi intermedi (per il 58 per cento) e a redditi da lavoro (per oltre il 39 per cento).

L'attività svolta ha riguardato nell'anno diverse tematiche prioritarie. Nel settore dei dispositivi medici sono state avviate procedure di sorveglianza del mercato nazionale ed europeo al fine di assicurare una selezione dei prodotti sicuri, efficaci ed innovativi per garantire ai pazienti il più alto livello di sicurezza ed agli operatori sanitari un efficiente supporto tecnico. L'attività di sorveglianza si è concretizzata, in particolare, in una serie di controlli sull'operato dei fabbricanti e dei mandatari. Nel corso dell'anno è stato istituito il Comitato Tecnico Sanitario, con una specifica sezione per i dispositivi medici che, assumendo le funzioni precedentemente svolte dalla Commissione unica, ha approvato una serie di aggiornamenti alla Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) necessari ai fini della valutazione degli stessi in segmenti omogenei. E' continuata l'attività di supporto agli utenti del sistema Banca Dati e Repertorio, soprattutto in relazione alle necessità di modifica e correzione da apportare alle informazioni ivi già presenti. Al riguardo è stato sancito l'accordo in Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici"³⁴.

³³ Art. 13 del decreto legislativo n. 38 del 2014 e d.m. 27 luglio 2015.

³⁴ In collaborazione con le altre Direzioni generali, con Regioni, AGENAS e Università, è stata redatta la terza edizione del "Rapporto sulla spesa sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche del Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici" che offre la possibilità di analizzare a livello aziendale - regionale - nazionale le modalità di gestione, di governo e di impiego dei dispositivi medici e riporta gli aggiornamenti della classificazione CND e le nuove categorie di dispositivi ai fini della definizione dei prezzi di riferimento per il SSN.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

Al fine, poi, di garantire un'azione coordinata dei vari livelli interessati (aziendale, regionale, nazionale) per il governo dei consumi di dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza degli utilizzi e della salute del cittadini, è stata istituita la Cabina di regia per la definizione delle priorità assistenziali³⁵.

Secondo pilastro del programma è il settore farmaceutico. In questo ambito passi avanti sono stati fatti in materia di lotta alla falsificazione dei farmaci e sono state avviate le procedure per consentire la vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione da parte di farmacie e esercizi commerciali. Il d.lgs. n. 17/2014 prevede che i rivenditori che intendono utilizzare tale canale di vendita devono essere autorizzati dalla Regione o dalla Provincia Autonoma o da altre autorità competenti indicate dal legislatore, mentre spetta al Ministero gestire la banca dati delle farmacie e degli esercizi commerciali autorizzati. La procedura di rilascio dell'autorizzazione viene definita autonomamente dalle Autorità competenti, tuttavia al fine di consentire un avvio quanto più possibile uniforme della procedura, il Ministero ha diramato una circolare concernente i punti fondamentali del procedimento. Al riguardo è stato inoltre definito il logo identificativo nazionale in conformità con quello europeo da consegnare ai rivenditori autorizzati alla vendita on line e che identifica ogni farmacia o esercizio commerciale che mette in vendita medicinali a distanza. In caso di violazione delle norme sulla vendita on line dei medicinali, il d.lgs. 17/2014 ha previsto specifiche sanzioni penali. Inoltre nel caso in cui la vendita avvenga da parte di soggetti non autorizzati o non registrati nella banca dati del Ministero o che non utilizzino il logo identificativo nazionale, si configura la violazione dell'art. 122 del r.d. 1265/1934.

Al fine far fronte alla problematica relativa all'indisponibilità, in alcune aree geografiche, di medicinali indispensabili per la cura e la continuità terapeutica, ed assicurare il rispetto dell'obbligo di servizio pubblico da parte dei grossisti relativamente all'assortimento di medicinali, il Ministero ha supportato l'attività di verifica e controllo delle regioni con accertamenti svolti presso i vari livelli della filiera distributiva da parte del Comando carabinieri per la Tutela della Salute.

3.1.5 Comunicazione e promozione per la tutela della salute umana e della sanità pubblica veterinaria e attività e coordinamento in ambito internazionale

Le risorse stanziate nel 2015 sono state pari a 27,3 milioni (di cui 25,4 impegnati e 22,1 pagati) e sono state destinate per oltre 20 milioni al contributo italiano all'Organizzazione mondiale della sanità. Delle somme restanti oltre a quelle del personale e relative al funzionamento degli uffici sono solo 2,7 milioni i fondi spesi per attività di comunicazione, a cui si aggiungono i 340 mila euro destinati a tre campagne di comunicazione specifiche.

TAVOLA 7

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	2.351	2.359	2.162	2.329	2.276	2.458	0,4	7,7	8,0	8,6	9,2	11,1
Consumi intermedi	10.904	4.668	10.723	4.386	2.783	966	-57,2	-59,1	-65,3	17,1	17,3	4,4
Imposte sulla prod.	150	151	130	140	148	161	0,3	7,4	8,4	0,6	0,6	0,7
Trasf.correnti a AP	50	50	50	50	0	0	-1,1	-1,1		0,2	0,2	0,0
Trasf.correnti a estero	15.410	20.104	15.399	18.489	15.399	18.489	30,5	20,1	20,1	73,5	72,8	83,8
Investimenti fissi lordi	2	4	3	4	0	0	92,3	36,3	45,8	0,0	0,0	0,0
totale progr. 006	28.868	27.335	28.468	25.398	20.607	22.074	-5,3	-10,8	7,1	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

³⁵ Un apposito gruppo di lavoro costituito da rappresentanti del Ministero e delle Regioni con il compito di avviare le attività per la realizzazione di una rete nazionale per la dispositivo-vigilanza tale da consentire lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti incidenti ed azioni di sicurezza relative ai dispositivi medici, ha predisposto nel corso dell'anno la bozza dello studio di fattibilità della rete, con individuazione del modello organizzativo e con la definizione di ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti.

SALUTE

Le iniziative relative alle campagne di comunicazione hanno riguardato: la sensibilizzazione sui trapianti di organo e tessuti e sulla donazione del sangue, la prevenzione dell'infertilità, l'allattamento al seno, la disostruzione in età pediatrica, la lotta all'AIDS, l'abuso di alcool e la lotta contro il fumo, la prevenzione dell'influenza. Un'iniziativa specifica è stata diretta a far conoscere alla popolazione l'istituzione di un fondo per l'acquisto di farmaci innovativi.

L'organizzazione di Expo 2015 ha poi costituito l'occasione per focalizzare l'attività di informazione e comunicazione sulla sicurezza degli alimenti e la corretta alimentazione³⁶.

In ambito internazionale sono proseguite l'attività istituzionale di collaborazione con l'OMS, con il Comitato della Salute dell'OCSE³⁷ e la partecipazione ai gruppi di lavoro preposti all'istruttoria della normativa europea ed in particolare alle attività del Comitato Interministeriale per gli Affari Europei (CIAE), principale struttura di raccordo per la definizione della posizione italiana nei tavoli tecnici di attuazione delle discipline comunitarie.

Particolare rilevanza hanno rivestito i rapporti con le delegazioni delle Nazioni Unite e del Consiglio d'Europa, interessate in particolare alle modalità di accoglienza dei migranti. Su tale fenomeno, che vede l'Italia fortemente impegnata nelle operazioni di salvataggio e di prima accoglienza, in collaborazione con l'Ufficio regionale dell'OMS, è stato portato avanti il progetto *Public health aspects of migrations in Europe* che dovrebbe concludersi a giugno 2016³⁸.

In ambito EUROMED, sono stati finanziati sei nuovi progetti, che hanno integrato le precedenti diciotto iniziative, concentrati su cinque macro-aree (lotta alle disuguaglianze con peculiare attinenza alle differenze di genere, l'organizzazione dei servizi vaccinali, la nutrizione e la sicurezza alimentare, la resistenza antimicrobica e l'oncologia) e svolti in collaborazione con diversi enti del SSN e il mondo accademico.

Per quanto riguarda la collaborazione bilaterale, attraverso la negoziazione e la stipula degli Accordi bilaterali di collaborazione sanitaria, si è cercato di costruire e implementare un tessuto di relazioni intergovernative e inter istituzionali che favoriscano lo scambio di informazioni, di esperienze e di buone pratiche. Molte iniziative hanno preso spunto anche da contatti che si sono stabiliti spontaneamente tra Ospedali, Università, Istituti di Ricerca, Aziende Sanitarie e Amministrazioni regionali. In corso di esercizio sono stati sottoscritti, da un lato, i Memorandum di Intesa con Algeria, Mongolia, Angola e Palestina, propedeutici allo sviluppo di future attività e, dall'altro, i Piani di Azione con Giappone, Cina, Palestina, Arabia Saudita e Azerbaijan, volti alla realizzazione degli obiettivi definiti in precedenti Memorandum.

³⁶ Alla prima tematica è stata dedicata una Conferenza, organizzata dal Ministero della salute insieme al Ministero delle politiche agricole e al Comando dei Carabinieri-NAS, cui hanno partecipato gli organi di polizia e le Agenzie dei Paesi partecipanti che si occupano di frodi alimentari. La Conferenza ha costituito l'occasione per un confronto sulle *best practices* esistenti e la costruzione di reti collaborative internazionali in tema di lotta alle frodi, ma anche sui rilevanti riflessi economici ed il danno di immagine ai prodotti alimentari di qualità. Al tema della corretta nutrizione e alimentazione è stata dedicata una seconda Conferenza, cui hanno aderito i rappresentanti di una trentina di Paesi e organizzazioni internazionali, che si è conclusa con la firma della "Carta di Milano" da parte dei Ministri della salute dei Paesi partecipanti e con la sigla di protocolli sulla corretta nutrizione tra il Ministero e le associazioni di produttori, del commercio e della pubblicità.

³⁷ Si ricorda che nel gennaio 2015 l'OCSE ha presentato uno studio sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia alla luce degli indicatori elaborati dall'Organizzazione, redatto anche sulla base di questionari compilati dai referenti statali e regionali e da vari altri interlocutori tecnici, rispetto ai quali il Ministero della salute ha svolto una funzione di raccordo.

³⁸ Nel corso del 2015 sono state svolte le attività tecniche di studio e di valutazione relative ad alcuni Paesi europei (Bulgaria, Albania, Serbia, Ungheria, ex-Repubblica Jugoslava di Macedonia e Turchia), in partnership con gli Uffici OMS in loco, i rispettivi Ministeri della Salute e le organizzazioni internazionali; sono state, altresì, promosse partnership, attività di ricerca e collaborazioni con organismi internazionali e istituzioni scientifiche.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

3.1.6. Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure

TAVOLA 8

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						
Rettili da lavoro	2.801	2.810	2.581	2.780	2.587	2.794	0,4	7,7	8,0	0,5	0,5	0,7
Consumi intermedi	555	514	396	351	388	244	-7,4	-11,4	-37,0	0,1	0,1	0,1
Imposte sulla prod.	180	180	163	175	168	182	0,3	7,4	8,4	0,0	0,0	0,0
Trasf. correnti a AP	133.016	135.513	133.016	135.512	133.016	133.805	1,9	1,9	0,6	23,2	23,2	33,5
Trasf. correnti a famiglie e isp	441.694	444.300	441.694	444.291	310.351	261.972	0,6	0,6	-15,6	76,2	76,2	65,6
Investimenti fissi lordi	7	13	7	10	0	0	92,3	36,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Altri trasf. c/capitale	50	48	50	48	50	48	-3,6	-3,6	-3,6	0,0	0,0	0,0
totale progr 007	578.302	583.379	577.907	583.167	446.559	399.045	0,9	0,9	-10,6	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Afferiscono al programma “Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure” le spese relative agli indennizzi a favore di soggetti danneggiati in modo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (cap. 2409), nonché le spese per le transazioni da stipulare con i danneggiati da sangue o emoderivati infetti che hanno instaurato azioni di risarcimento (cap. 2401). Sono oltre 444 milioni destinati a tale finalità stanziati nel 2015 tutti impegnati e che hanno dato luogo a pagamenti per 261 milioni. Si tratta del 76 per cento della spesa del programma sia in termini di risorse stanziare che impegnate e di oltre il 65 per cento dei pagamenti totali. Di rilievo sono, poi, le somme trasferite agli enti: oltre 135 milioni, tutti impegnati e che hanno dato luogo a pagamenti per circa 133 milioni.

Il diritto a percepire un indennizzo vitalizio da parte dello Stato è previsto dalla legge n. 210 del 1992, e dal 2000, le funzioni e le risorse in materia sono state trasferite alle Regioni (ad eccezione della Regione Sicilia che non ha ancora provveduto a modificare in tal senso il proprio statuto). Allo stato attuale il Ministero gestisce, in via amministrativa, quasi 9000 posizioni che riguardano sia soggetti cui l'indennizzo è stato riconosciuto antecedentemente al trasferimento delle funzioni alle regioni, sia le pratiche dei residenti nella Regione Sicilia. L'Amministrazione è altresì competente per il riconoscimento e la corresponsione dell'indennizzo previsto dalla legge n. 229 del 2005 a favore dei danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie e di quello introdotto dalla legge n. 244 del 2007, per i soggetti danneggiati a seguito dell'assunzione del farmaco talidomide, per un totale di 1.065 beneficiari finali. A dette spese, iscritte sul cap. 2409, si aggiungono poi i titoli esecutivi emessi a seguito del contenzioso instauratosi per la corresponsione del beneficio stesso e per l'eventuale risarcimento del danno poiché il Ministero è ritenuto legittimato passivo nei giudizi in materia anche se la competenza amministrativa è passata alle regioni. Lo stanziamento definitivo iscritto su capitolo ai fini dell'indennizzo ai soggetti danneggiati da sangue infetto o vaccinazioni obbligatorie era pari a 270 milioni ed è stato impegnato totalmente e pagato per l'86 per cento; mentre lo stanziamento per gli indennizzi a favore dei soggetti affetti da sindrome da talidomide, inizialmente previsto in 10 milioni, è stato portato a 30 milioni nel corso dell'anno, impegnati e pagati pressoché interamente, e tuttavia non sufficienti ad erogare gli indennizzi a tutti gli aventi diritto.

Sul capitolo 2401 vengono invece imputate le spese per le transazioni da stipulare con i soggetti titolari del diritto all'indennizzo che abbiano avviato azioni risarcitorie tuttora pendenti. Lo stanziamento definitivo, pari a 144,3 milioni nel 2015, risulta ridotto rispetto all'anno precedente. Le spese sono state totalmente impegnate, tuttavia sul capitolo si accumulano significativi residui passivi a causa della complessità delle procedure e dell'interazione con la forma dell'equa riparazione. Il notevole contenzioso che si è instaurato sulla materia, in particolare in ordine ai criteri per l'adesione alle transazioni e agli importi da applicare a ciascuna categoria di danneggiati, infatti, ha indotto il legislatore ad intervenire con il DL n. 90 del 2014 introducendo una procedura di equa riparazione quantificata in un importo

SALUTE

omnicomprensivo di 100.000 euro per i danneggiati da trasfusione con sangue infetto o somministrazione di emoderivati infetti e di 20.000 euro per i danneggiati da vaccinazioni obbligatorie. Tale procedura ristoratrice si pone come alternativa alla transazione e all'azione risarcitoria. Nel corso del 2015 il Ministero ha istruito 1482 posizioni con riconoscimento dell'equa riparaione a 1429 soggetti danneggiati.

In considerazione della complessità e della mole delle attività connesse alla materia, il Ministero, nel mese di luglio 2015, ha dato avvio ad appositi progetti interdirezionali finalizzati a consentire all'ufficio competente di avvalersi della parziale collaborazione di alcune unità di personale in servizio presso altre strutture. In particolare i progetti hanno riguardato la definizione di procedure di transazione e di equa riparaione la cui liquidazione avviene sulla base di una graduatoria che tiene conto della gravità del danno. Con questa modalità organizzativa il Ministero ha provveduto ad istruire 738 posizioni, corrispondenti ad altrettanti contenziosi, con il riconoscimento dell'equa riparaione a 1482 soggetti (in quanto alcuni eredi di danneggiati). La procedura transattiva di cui alla legge n. 244 del 2007 è stata avviata per coloro che non hanno inteso avvalersi del beneficio dell'equa riparaione: sono state istruite 250 posizioni, per 8 delle quali è stata verificata l'esistenza delle condizioni previste per la transazione. Un ulteriore progetto interdirezionale ha riguardato l'esecuzione dei titoli giudiziari di condanna e ha consentito la liquidazione di titoli esecutivi giudiziari per un importo complessivo pari quasi al doppio di quello pagato nel 2014. Rimane tuttavia ancora consistente il volume di arretrato (stimato dall'Amministrazione in circa 7000 titoli considerando quelli di condanna all'indennizzo, al risarcimento del danno e soprattutto alla rivalutazione della indennità integrativa speciale).

3.1.7. Sicurezza degli alimenti e nutrizione

Il programma ha potuto contare nel 2015 su uno stanziamento di poco più di 11 milioni, quasi completamente impegnati ma erogati solo per meno della metà.

Oltre alle spese per il personale dell'amministrazione sono due le voci principali: le somme destinate al potenziamento ed al miglioramento dell'efficacia della programmazione dei controlli (1,3 milioni lo stanziamento) e quelle che danno attuazione alle disposizioni europee in materia di prodotti fitosanitari (4,3 milioni). In entrambi i casi tali importi (classificati tra i consumi intermedi) sono stati impegnati ma non erogati. I pagamenti complessivi sono stati operati sui residui propri.

TAVOLA 9

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	3.163	3.174	2.868	3.089	2.845	3.073	0,4	7,7	8,0	28,2	28,4	69,0
Consumi intermedi	7.148	6.901	7.096	6.654	1.848	1.184	-3,4	-6,2	-35,9	61,4	61,2	26,6
Imposte sulla prod.	202	202	183	196	181	196	0,3	7,4	8,4	1,8	1,8	4,4
Trasf. correnti a AP	43	43	43	41	0	0	-1,2	-4,8		0,4	0,4	0,0
Trasf. correnti a famiglie e isp	951	919	934	898	0	0	-3,3	-3,9		8,2	8,3	0,0
Investimenti fissi lordi	2	3	0	0	0	0	92,3			0,0	0,0	0,0
totale progr. 008	11.508	11.243	11.124	10.878	4.874	4.453	-2,3	-2,2	-8,6	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Nel corso del 2015, l'attività della Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione è stata rivolta all'attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli 2014-2018³⁹, con riferimento ai contaminanti ambientali, l'igiene degli alimenti di origine animale e non animale, l'igiene delle tecnologie alimentari, gli OGM, i prodotti destinati ad un'alimentazione particolare e integratori alimentari, gli alimenti addizionati con vitamine e minerali, l'importazione di alimenti, le frodi alimentari, nonché all'elaborazione della normativa

³⁹ Approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 18 dicembre 2014.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

tecnica nazionale ed europea in materia. Particolare impegno hanno poi richiesto, da un lato, l'apertura degli scambi verso alcuni Paesi terzi, che hanno portato al rilascio dell'abilitazione ad esportare 394 stabilimenti italiani; dall'altro, le attività dirette a garantire un flusso regolare di importazioni delle merci legate a Expo 2015.

I controlli dei sistemi regionali di prevenzione in materia di sicurezza degli alimenti, mangimi, benessere e salute animale, nell'ambito della verifica degli adempimenti prevista dal Comitato LEA, hanno riguardato nell'anno 19 regioni. L'azione di promozione svolta dal Ministero con l'attività di *audit* ha, a sua volta, favorito un rafforzamento dei controlli delle Regioni sulle proprie aziende sanitarie. Limitati, tuttavia, i miglioramenti nella qualità dei controlli regionali che si attendevano dall'applicazione delle *Linee guida* approvate nel 2013 dalla Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire una maggiore standardizzazione sia nei criteri organizzativi e operativi che procedurali, rafforzando l'omogeneità e l'efficacia dell'attività dei vari soggetti coinvolti. La loro attuazione è risultata infatti solo parziale.

Nell'ambito dei controlli circa la presenza di contaminanti ambientali nei mangimi, sono proseguiti gli *audit* che nel 2015 hanno interessato due regioni⁴⁰

Indagini specifiche hanno poi riguardato aree della regione Campania, per accertare l'eventuale esistenza di effetti contaminanti a causa di sversamenti e smaltimenti abusivi. I terreni dei comuni interessati sono stati valutati in relazione ai fattori di rischio e sulla base di tali risultati sono iniziate le attività di campionamento su matrici ambientali, prodotti agricoli e vegetali spontanei. Dagli esiti analitici finora disponibili sui prodotti vegetali, non sono state rilevate non conformità.

Sono stati infine predisposti i nuovi Piani di controllo delle micotossine negli alimenti e, per la prima volta, i Piani relativi agli additivi e agli alimenti trattati con radiazioni ionizzanti. L'attuazione di questi piani dovrebbe favorire, tra l'altro, il potenziamento della capacità diagnostica dei laboratori anche in conformità a specifiche indicazioni comunitarie e la disponibilità dei dati necessari per una valutazione dell'esposizione del consumatore.

Per quanto riguarda gli organismi geneticamente modificati (OGM), oltre all'adozione del Piano di controlli 2015-2018, è stato prorogato⁴¹ il decreto interministeriale che vieta in Italia la coltivazione di varietà di mais geneticamente modificato, al fine di difendere la biodiversità e la specificità dei prodotti del nostro territorio e salvaguardare le colture biologiche e convenzionali dal rischio di eventuali contaminazioni. Parallelamente è proseguita l'attività in sede comunitaria, che ha portato all'adozione della direttiva 2015/412/UE che consente agli Stati membri di presentare durante la procedura di autorizzazione di OGM, sia ai sensi della direttiva 2001/18/CE che ai sensi del regolamento CE 1829/2003, la richiesta di escludere tutto o parte del proprio territorio dalla coltivazione dell'OGM oggetto di autorizzazione.

Al fine del potenziamento dei rapporti con EFSA⁴², gli Uffici competenti della Direzione generale degli organi collegiali per la tutela della salute (DGOCTS) hanno proseguito nell'attività di assistenza alle istituzioni scientifiche nazionali e potenziato l'attività di coordinamento del *focal point* nazionale individuato nell'Istituto superiore di sanità (ISS), che ha firmato un *agreement* con l'Autorità europea per la sicurezza alimentare⁴³. Il 27 aprile 2015

⁴⁰ Si tratta di controlli nei settori delle carni fresche, latte, prodotti della pesca e molluschi, rilevando in quest'ultimo elementi di criticità.

⁴¹ Decreto 22 gennaio 2015.

⁴² L'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) è un'Agenzia europea indipendente, che controlla e analizza le informazioni e i dati relativi a pericoli biologici, contaminanti chimici, consumo alimentare e rischi emergenti. Tali attività sono svolte dalle rispettive unità scientifiche dell'EFSA, assistite da gruppi di lavoro e da reti. L'Autorità esercita inoltre una funzione di supporto nello sviluppo di approcci di valutazione del rischio. Il foro consultivo rappresenta il punto di incontro con le Autorità nazionali competenti per lo scambio di informazioni su rischi potenziali e la condivisione di conoscenze. I membri del foro consultivo sono sostenuti da "punti focali", che fungono da interfaccia tra l'EFSA e le autorità nazionali competenti.

⁴³ In considerazione della delega delle funzioni di *focal point* nazionale all'ISS, è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa tra il Direttore generale della DGOCTS e il Presidente dell'ISS con il quale vengono stabilite le attività che lo stesso ISS è tenuto a svolgere per conto della Direzione e, quindi dell'Autorità nazionale di riferimento di EFSA.

SALUTE

si è insediato il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare⁴⁴. La DGOCTS ha elaborato la proposta di programmazione pluriennale delle attività di valutazione del rischio che dovrà essere sviluppata nel triennio dal CNSA come attività di routine, fatte salve le richieste di parere che dovessero pervenire sulla base di esigenze manifestatesi nel frattempo o a seguito di situazioni di allarme.

Sempre in ambito europeo è stata predisposta la regolamentazione nel settore del *novel food* ed è proseguita l'attuazione del Piano contro le frodi alimentari che ha riguardato, oltre che specifici alimenti⁴⁵, la predisposizione di un sistema di controllo basato sullo scambio per via informatica delle informazioni tra i Paesi membri. L'*AAC System*, basato su una definizione comune di frode alimentare, consentirà alle autorità competenti di prestarsi reciprocamente assistenza amministrativa e collaborazione nello scambio di informazioni utili allo svolgimento delle indagini. A tal proposito, l'Italia è stata selezionata per effettuare la fase di sperimentazione del sistema, completata con successo nel mese di giugno 2015⁴⁶.

3.1.8 Sistemi informativi per la tutela della salute e il governo del SSN

TAVOLA 10

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	1.837	1.843	1.704	1.835	1.715	1.853	0,4	-7,7	8,0	8,5	8,6	11,8
Consumi intermedi	20.921	17.376	20.890	17.303	13.070	13.023	-16,9	-17,2	-0,4	80,2	80,9	82,7
Imposte sulla prod.	119	119	101	109	107	116	0,3	7,4	8,4	0,5	0,5	0,7
Investimenti fissi lordi	219	2.323	68	2.149	2	759				10,7	10,0	4,8
totale progr. 010	23.095	21.661	22.763	21.397	14.894	15.751	-6,2	-6,0	5,7	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Al finanziamento del programma sono destinati nel 2015 21,6 milioni. Si tratta per oltre l'80 per cento di spese per consumi intermedi tra cui quelle per la manutenzione del sistema informativo NSIS che nell'anno sono state superiori ai 16 milioni. A tale somma si aggiunge quella per investimenti fissi di oltre 2,3 milioni che ha dato luogo nel 2015 ad impegni per 2,2 milioni e pagamenti per 0,8 milioni

Strumentale alla verifica della qualità dei servizi resi, oltre che della coerenza tra le prestazioni ed i relativi costi, è l'attività di monitoraggio svolta sulla base dei flussi informativi attualmente disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

La lettura integrata delle informazioni relative ai diversi livelli assistenziali (ospedale, territorio, prevenzione) consente un'analisi completa dei fenomeni sanitari⁴⁷. I controlli

La Direzione ha altresì elaborato e trasmesso alle Istituzioni tecnico-scientifiche italiane che fanno parte della lista EFSA degli articoli 36, un documento relativo alla valutazione del rischio che contiene l'aggiornamento delle procedure metodologiche emanate ed adottate da EFSA nel corso dell'anno 2015.

⁴⁴ Con decreto del Ministero della salute del 10 aprile 2014, in attuazione di quanto previsto dal d.P.R. 28 marzo 2013, n. 44, il Comitato è stato riordinato e articolato nella Sezione per la sicurezza alimentare e nella Sezione consultiva delle associazioni dei consumatori e dei produttori in materia di sicurezza alimentare.

⁴⁵ Frodi nel settore del miele e del pesce (Raccomandazione C(2015) 1558).

⁴⁶ Va inoltre ricordato che il Ministero ha sottoscritto con l'IZS Piemonte Liguria Valle d'Aosta, nel dicembre 2015, un progetto che ha lo scopo di creare un *network* (FRAUD-NET) costituito da Ministero della salute, Istituto Superiore di Sanità, IZS e NAS, per consolidare una strategia nazionale.

⁴⁷ Tale attività richiede l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale. Essa presenta, pertanto, profili di particolare delicatezza in materia di protezione dei dati. Il Ministero della salute ha predisposto uno schema di decreto che, da un lato, coordina le disposizioni per il trattamento dei dati nell'ambito del NSIS e, dall'altro, identifica i tipi di dati e i sistemi informativi esplicitando le modalità di trattamento secondo i principi di necessità, pertinenza e non eccedenza, nonché le misure di sicurezza previste a garanzia della tutela dei dati personali. Lo schema, approvato dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nel dicembre

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

effettuati permettono poi di valutare la qualità dei dati rilevati e di avviare le opportune azioni di miglioramento verso le Regioni e Province Autonome⁴⁸.

Dal monitoraggio svolto nel corso del 2015, emerge che tutte le Regioni hanno adottato i sistemi unici di prenotazione (CUP), recependo le Linee guida nazionali (Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010); 14 di esse sono risultate adempienti alla verifica degli adempimenti LEA.

In tutte le Regioni sono state avviate, inoltre, le attività di progettazione e sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. I sistemi di FSE sono operativi tuttavia solo in alcune Regioni⁴⁹.

La procedura di digitalizzazione per l'invio on-line dei certificati di malattia è stata avviata ad aprile 2010. A fine 2014, secondo i dati forniti dall'INPS, il flusso si è progressivamente e rapidamente intensificato, e risulta oggi a regime su tutto il territorio nazionale.

L'ePrescription, o ricetta elettronica, le cui percentuali di diffusione sono state fissate dalla legge n. 221/2012 e successivamente aggiornate dal decreto legge n.192/2014, si sta progressivamente diffondendo: nel 2015, le prescrizioni farmaceutiche elettroniche hanno raggiunto una diffusione media pari a circa l'83 per cento in tutte le Regioni, mentre le ricette elettroniche di specialistica, le cui attività sono state avviate nel novembre 2014, risultano essere utilizzate in 5 Regioni con una percentuale di diffusione superiore all'80 per cento.

Progressi registrano la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2012 (16 le Regioni che hanno adottato le linee guida, di cui 15 sono risultate adempienti nel 2015), e la Telemedicina dopo l'approvazione delle Linee di indirizzo nazionali, adottate con l'Intesa del 20 febbraio 2014: 14 delle 16 Regioni sottoposte alla verifica hanno implementato le suddette linee di indirizzo⁵⁰.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 5 del Patto per la Salute, nel 2015 sono stati avviati gli studi di fattibilità per la realizzazione dei sistemi informativi per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dei Presidi Residenziali di Assistenza Primaria Ospedali di comunità e delle cure primarie, e delle prestazioni delle Strutture Territoriali della Riabilitazione. Tali sistemi informativi consentiranno di disporre di ulteriori elementi per completare la rilevazione dei LEA erogati in ambito territoriale ed esaminare la domanda soddisfatta, nonché per effettuare analisi integrate e trasversali ai diversi LEA⁵¹.

La disponibilità nell'ambito del NSIS di tali contenuti informativi costituisce, come si è detto, 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.

Occorre infine ricordare che, per evitare processi di innovazione frammentari, in attuazione di quanto previsto dal Patto della Salute, è stato, da un lato, predisposto il Patto per la Sanità Digitale, su cui nel settembre 2015 è stata acquisita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni; dall'altro, è stato approvato il Piano di Evoluzione dei Flussi Informativi del NSIS⁵², che

2012, ha ricevuto il parere favorevole dell'Autorità Garante della *privacy* nel marzo del 2015 e della Conferenza Stato-Regioni a gennaio 2016.

⁴⁸ In particolare vengono effettuati controlli formali al momento dell'acquisizione dei dati, finalizzati a verificarne la correttezza e a fornire un *feedback* immediato.

⁴⁹ Nel 2014 sono state adottate le linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina e le linee guida per la presentazione dei piani di progetto regionali per il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che le Regioni erano tenute a presentare entro il 30 giugno 2014. E' stato possibile avviare la valutazione dei progetti presentati solo dopo l'entrata in vigore, nel novembre 2015, dell'apposito regolamento.

⁵⁰ Nel corso dell'anno 2015, in attuazione dell'articolo 2 dell'Intesa, è stata istituita la Commissione tecnica paritetica presso la Conferenza Stato-Regioni, con l'obiettivo di monitorare i profili critici connessi agli aspetti normativi e regolamentari conseguenti all'introduzione della Telemedicina e di formulare delle proposte al Ministero della salute. La Commissione si è insediata il 23 settembre 2015.

⁵¹ Particolare rilievo assume il sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, che ha raggiunto nell'anno un livello di spesa molto significativo. Non sono state riscontrate problematiche rilevanti nella condivisione e fruibilità dei dati, se non collegate alla complessità dell'ambito dispositivi medici medesimi.

⁵² Il PEF-NSIS ha un orizzonte temporale triennale ed è aggiornato dalla Cabina di Regia NSIS con periodicità annuale.

SALUTE

individua gli ambiti per i quali occorre attivare specifici sistemi informativi o attuare modifiche evolutive ai sistemi in essere.

3.1.9 Regolamentazione e vigilanza delle professioni sanitarie

TAVOLA 11

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	2.731	2.741	2.514	2.708	2.524	2.727	0,4	7,7	8,0	62,6	63,3	66,4
Consumi intermedi	1.518	1.455	1.478	1.392	1.556	1.199	-4,1	-5,8	-22,9	33,2	32,6	29,2
Imposte sulla prod.	175	176	160	172	163	176	0,3	7,4	8,4	4,0	4,0	4,3
Investimenti fissi lordi	3	5	3	4	3	4	92,3	36,3	45,8	0,1	0,1	0,1
totale progr. 011	4.427	4.377	4.155	4.276	4.246	4.106	-1,1	2,9	-3,3	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

Pressocché solo spese per il personale e consumi intermedi caratterizzano il programma relativo alle professioni sanitarie. Si tratta di 4,4 milioni (impegnati e pagati quasi per intero): 2,9 milioni per redditi e oneri riflessi e 1,4 per consumi intermedi, di cui 0,6 milioni da pagare alla Sisac in relazione al funzionamento della struttura.

Nel corso del passato esercizio 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.

In tale contesto l'art. 22 del Patto per la salute 2014-2016 aveva demandato ad un Tavolo politico, soluzioni normative di ampio respiro per rivedere la disciplina dell'accesso delle professioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale (rivedendo, di conseguenza, la formazione di base e la specialistica) e prevedere una specifica carriera professionale, accanto a quella manageriale, anche al fine di assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività e nell'utilizzo del personale nell'ambito dell'organizzazione aziendale. Nel dicembre 2014 il Tavolo ha avviato i lavori che, ad oggi, non si sono conclusi.

In tema di valorizzazione ed integrazione delle competenze professionali, nell'ottobre 2015 sono state adottate le Linee guida per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate, ex art. 6 del d.lgs. 187/2000. Non ancora istituita, invece la Cabina di regia per il coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario, per il mancato accordo tra le categorie professionali del comparto e i medici.

Ancora in attesa di essere completato è l'iter di regolamentazione della responsabilità professionale e della copertura assicurativa. Nel corso dell'anno sono proseguiti i lavori per la predisposizione dello schema di d.P.R. previsto dall'articolo 3, comma 2, del DL 13 settembre 2012 n. 158, volto a disciplinare le procedure ed i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi degli esercenti le professioni sanitarie, nonché l'istituzione di un apposito Fondo per garantire la copertura assicurativa ai professionisti che non sono riusciti a trovare sul mercato una polizza adeguata con un premio sostenibile. Negli ultimi anni si è registrato, infatti, un notevole incremento del contenzioso in ambito sanitario che, oltre a incidere sulla fiducia dei cittadini, determina un aumento dei costi per l'acquisizione delle tutele assicurative, spingendo verso la c.d. "medicina difensiva" le cui conseguenze sono fortemente negative sia per la sicurezza del paziente sia per la spesa sanitaria.⁵³

⁵³ Tali problematiche sono state affrontate in uno studio di un'apposita Commissione istituita presso la Direzione, le cui conclusioni sono state trasmesse alle competenti Commissioni parlamentari presso le quali erano pendenti diversi disegni di legge in materia, al fine di pervenire ad un testo unico condiviso con il Governo. Il testo unificato parlamentare, attualmente ancora in corso di esame alle Camere, recepisce parte delle soluzioni proposte dalla Commissione.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

Il DL n. 158/2012 e la legge n. 189/2012 hanno modificato ed integrato la legge n. 120/2007, con l'obiettivo di favorire il passaggio al regime ordinario dell'attività libero professionale intramuraria, di ricondurla all'interno delle strutture aziendali e di assicurarne il controllo nell'ambito dell'infrastruttura di rete delle aziende, attraverso la tracciabilità delle prestazioni, la trasparenza e il controllo dei volumi prestati. Il passaggio al nuovo regime prevedeva tre fasi: una ricognizione degli spazi al fine di verificare se tutta l'attività fosse riconducibile all'interno delle strutture aziendali; la predisposizione di infrastrutture di rete attraverso la quale gestire tutte le prestazioni, dalla prenotazione al pagamento; l'adozione di un programma sperimentale, nel caso in cui le strutture interne non fossero sufficienti, per consentire ai professionisti di svolgere l'attività nei propri studi, previa stipula di un'apposita convenzione. Con riferimento a quest'ultimo punto, con l'Accordo Stato-Regioni del febbraio 2015⁵⁴, sono stati disciplinati i criteri per la verifica del programma medesimo.

Ad oggi, dalle risultanze riportate nella *Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria - anno 2013* approvata il 1° luglio 2015 dall'Osservatorio nazionale, emerge che nelle realtà in cui l'esito della ricognizione degli spazi aziendali ha evidenziato l'impossibilità di richiamare all'interno delle strutture tutti i liberi professionisti sono stati attivati i programmi sperimentali. Non è risultata effettiva tuttavia, in numerosi casi, la messa a sistema del collegamento in rete degli studi, che rappresenta, invece, un elemento chiave per la trasparenza ed efficienza del sistema. Ancora in corso di elaborazione la rilevazione, attivata nel secondo semestre 2015, relativa all'anno 2014.

In tema di personale, i vincoli derivanti dalle limitazioni alle disponibilità finanziarie regionali e le stringenti disposizioni riguardo alle nuove assunzioni pongono l'esigenza di una razionale redistribuzione delle risorse umane. Ciò, non solo nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, per le quali nell'anno sono state previste specifiche deroghe ai fini di garantire l'erogazione delle prestazioni rientranti nei LEA⁵⁵.

Una gestione più efficiente del personale richiederebbe, tuttavia, oltre che una migliore programmazione dei fabbisogni di personale⁵⁶, anche il superamento degli attuali limiti alla

⁵⁴ 19 febbraio 2015 Rep. Atti 19/CSR.

⁵⁵ L'articolo 1, comma 583, della legge di stabilità 2015 ha previsto una riduzione (da due a un anno) della "sanzione" del blocco del *turn over* (di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e successive modificazioni) comminata alle regioni in Piano di rientro che siano risultate inadempienti alle verifiche periodiche dei Tavoli tecnici, riducendo così l'impatto negativo sulla gestione dei servizi sanitari regionali. Tale disposizione segue quanto già introdotto nell'ordinamento con i decreti-legge n. 98/2011 (art. 17, comma 4), n. 138/2011 (art. 1, comma 23-bis) e n. 158/2012 (art. 4-bis, comma 1). In tutte le regioni in Piano (con la sola eccezione del Molise ove i Tavoli, anche per il 2014, hanno riscontrato la persistenza di una grave situazione economico-finanziaria e sanitaria) nel 2015 non è stato pertanto in vigore il blocco totale del *turn over*. E' stato quindi possibile adeguare gli organici in coerenza con le necessità di assicurare il mantenimento dei LEA, nei limiti di spesa previsti dalla normativa vigente e di quanto eventualmente disposto in materia nei Programmi Operativi.

⁵⁶ L'articolo 35 del decreto legislativo 368/1999 prevede che, con cadenza triennale, le Regioni e le Province autonome individuino il fabbisogno dei medici specialisti da formare, comunicandolo al Ministero della salute ed al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca. In tal modo poi il Ministero della salute, di concerto con quello dell'Istruzione e dell'Economia, determina il numero globale degli specialisti da formare annualmente. Relativamente a tale ambito, si ricorda che l'Amministrazione ha aderito sin dall'aprile 2013 ad un progetto europeo finalizzato alla creazione di una piattaforma di scambio e collaborazione tra gli Stati membri per una individuazione di criteri utili per la determinazione del fabbisogno di personale sanitario ("*Exchange of good practices in planning and forecasting methodologies*"). Nel 2014 le attività sono state finalizzate alla raccolta, analisi ed elaborazione delle informazioni relative alle metodologie di programmazione del personale sanitario adottate in sette Paesi europei e nel 2015 è stato pubblicato un manuale contenente la descrizione delle buone pratiche adottate. Parallelamente, è stato avviato in Italia un progetto pilota, finalizzato alla definizione di una metodologia condivisa per la determinazione del fabbisogno, per il sistema sanitario nazionale, per le figure professionali di medico chirurgo, odontoiatra, farmacista, infermiere ed ostetrica/o, che vede coinvolti oltre ai Ministeri della salute, dell'economia e il MIUR, anche le Regioni e Province autonome, la Federazione degli Ordini e Collegi professionali, l'ISTAT ed altri Enti e Consorzi. In particolare, si è lavorato sullo studio delle varie fonti informative e sulla raccolta dati sia sul fronte della domanda che sia sull'offerta della forza lavoro sanitaria, attingendo ed integrando le banche dati e sfruttando le partnership poste in essere nell'ambito e per le finalità del progetto medesimo. Sono stati quindi sviluppati cinque modelli nazionali di previsione (uno per ciascuna professione) a medio e lungo termine (2015-2040) del personale sanitario, alimentati

SALUTE

mobilità interregionale. Tale punto è stato, in parte, affrontato dall'art. 11, comma 1, lett. f), della legge n. 124/2015 che, tra i criteri di delega, con riferimento in generale alla mobilità della dirigenza, prevede la semplificazione e l'ampliamento delle ipotesi di mobilità tra le amministrazioni pubbliche e con il settore privato e, con specifico riferimento alla mobilità della dirigenza medica e sanitaria, individua i casi e le condizioni nei quali non è richiesto il previo assenso delle amministrazioni di appartenenza.

Anche a seguito dei rilievi della Commissione europea⁵⁷, particolare attenzione è stata dedicata al precariato in sanità. I vincoli alle assunzioni prima ricordati hanno, infatti, alimentato negli ultimi anni un ricorso crescente a diverse forme di precariato, con rapporti di lavoro flessibile utilizzati in modo inappropriato per far fronte alle carenze di organico. Ciò ha determinato conseguenze negative anche in termini di efficienza dei servizi. Nel 2015 si è concluso l'iter di attuazione dell'articolo 4, comma 10, del DL n. 101/2013 ed è stato emanato il dPCM 6 marzo del 2015, che disciplina apposite procedure concorsuali riservate al personale titolare di contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con gli enti del SSN, in possesso di almeno 3 anni di anzianità di servizio. Considerato che i concorsi possono essere banditi nell'ambito di una programmazione triennale dei fabbisogni e nel limite del 50 per cento del *budget* assunzionale, è stata prevista la proroga dei contratti che si prevede di stabilizzare al fine di garantire la continuità dei servizi. Posto che le procedure dovranno concludersi entro il 2018, per effetto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 426 della legge n. 190/2014, anche le proroghe sono previste entro tale termine.

Un ulteriore intervento volto a superare il precariato "patologico" delle aziende sanitarie e a far fronte, al contempo, alle esigenze derivanti dalle nuove norme sull'orario di lavoro del personale sanitario⁵⁸, è stato disposto con la legge di stabilità 2016. Sono state infatti autorizzate procedure concorsuali straordinarie nel periodo 2016-2017, in parte riservate ai precari che a vario titolo da anni prestano la propria attività nelle aziende. Nelle more delle predette procedure, gli enti del SSN potranno prorogare i rapporti a tempo determinato in essere anche oltre i limiti di spesa prevista dall'articolo 9, comma 28, della legge n. 78 del 2010.

Va infine ricordato che nell'anno sono proseguiti i lavori, nell'ambito del Comitato di settore, per il rinnovo degli ACN della medicina convenzionata, al fine di dare piena attuazione alle disposizioni contenute nel decreto legge n. 158 del 2012 in ordine alla costituzione da parte delle regioni della rete territoriale per le cure primarie, attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Nel mese di luglio è stato siglato il nuovo ACN della specialistica ambulatoriale, mentre sono ancora in corso approfondimenti per superare le criticità emerse nel corso della contrattazione per la stipula del nuovo ACN della medicina generale.

3.2. Ricerca per il settore della sanità pubblica e per il settore zooprofilattico

La missione "Ricerca e innovazione" riceve nel 2015 risorse per 325,2 milioni di cui nell'anno ne sono stati impegnati 311 e pagati 187 (281 se si considerano i pagamenti totali, comprensivi di quelli in conto residui). Come negli esercizi passati, le risorse sono costituite, quasi esclusivamente, da trasferimenti ad altre amministrazioni: il 97 per cento dei fondi gestiti dal programma, 87 per cento correnti e circa l'11 per cento quelli in conto capitale. Sono oltre 161 i milioni previsti per l'assegnazione ad istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, in

con i dati necessari per il calcolo dei flussi di ingresso e di uscita dei professionisti al fine di stimare l'offerta futura di forza lavoro. Contestualmente, sul fronte della domanda, è stato organizzato un panel di esperti in tema di organizzazione dei servizi sanitari, tecnologie, epidemiologia volto a identificare i principali drivers di impatto sul fabbisogno futuro di personale sanitario. A fine 2015 erano pronti i "pacchetti" contenenti il modello di previsione e il documento metodologico, da utilizzare nella rilevazione relativa all'anno accademico 2016-2017.

⁵⁷ Il problema dell'abuso dei contratti a termine in sanità è stato oggetto di due richieste di chiarimenti all'Italia che la Commissione Europea ha formulato nell'ambito del sistema di comunicazione *EU Pilot* (caso 6012/14/EMPL e caso 6034/14/EMPL), conclusesi negativamente per l'Italia.

⁵⁸ Commi 541 e ss, dell'articolo 1 della legge n. 208 del 2015.

LA GESTIONE DEL BILANCIO DELLO STATO

crescita rispetto al 2014 (150 milioni costituivano lo scorso anno la dotazione del Fondo per il finanziamento dell'attività di ricerca corrente finalizzata e sperimentazione in materia sanitaria umana); mentre si riducono a 51 milioni (dagli 85,4 del 2014) quelli previsti per la ricerca finalizzata in attuazione degli obiettivi prioritari biomedici e sanitari. In aumento anche i contributi in conto capitale riconosciuti per l'acquisto di apparecchiature e strumenti finalizzati alla ricerca: da 20 milioni a 25,4, ma di cui sono stati impegnati solo 13,9 milioni e non si è avuta alcuna erogazione.

TAVOLA 12

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	3.511	3.538	3.176	3.370	3.155	3.360	0,8	6,1	6,5	1,1	1,1	1,8
Consumi intermedi	3.195	3.759	3.037	3.712	2.458	2.839	17,7	22,2	15,5	1,2	1,2	1,5
Imposte sulla prod.	226	227	207	220	207	222	0,6	6,4	7,2	0,1	0,1	0,1
Trasf.correnti a AP	301.549	283.833	301.549	283.797	171.980	173.917	-5,9	-5,9	1,1	87,3	91,1	93,1
Investimenti fissi lordi	4	8	1	2	1	2	92,3	36,3	45,8	0,0	0,0	0,0
Contr. investimenti AP	22.661	33.793	2.733	20.293	2.733	6.382	49,1	642,5	133,5	10,4	6,5	3,4
Altri trasf. c/capitale	0	0	0	0	0	0				0,0	0,0	0,0
totale "ricerca e innovazione"	331.145	325.157	310.704	311.393	180.535	186.722	-1,8	0,2	3,4	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS

In attuazione del Piano sanitario nazionale, che definisce gli obiettivi e i settori principali della ricerca, il Ministero della salute, sentita la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, elabora il programma di ricerca e propone le iniziative da inserire sia nella programmazione nazionale che nei programmi internazionali e comunitari.

Come sottolineato dalla Corte in precedenti referti⁵⁹, la procedura di assegnazione delle risorse ha finora comportato un lungo processo di selezione e valutazione, determinando inevitabilmente forti ritardi nella corresponsione delle risorse stanziate e, in molti casi, la loro perenzione. La reiscrizione in bilancio degli importi riconosciuti ai vincitori (specie per le rate successive alla prima) ha determinato un ulteriore allungamento dei tempi.

L'innovazione delle regole dei bandi intervenuto nel corso del 2015, con l'introduzione di "filtri" per limitare il numero delle domande, dovrebbe consentire un'accelerazione delle procedure ed un più rapido utilizzo dei fondi stanziati dal Programma 2014-2016⁶⁰.

Un'altra innovazione significativa ha riguardato l'affiancamento, al processo di valutazione affidato ai *referee* internazionali, di una valutazione d'impatto sul SSN affidato a *referee* nazionali. L'utilizzo di tali valutatori ha contribuito in maniera sostanziale all'indipendenza del sistema e ad evitare ogni eventuale conflitto di interesse, generabile dalla grande mole di progetti presentati. Tuttavia, si è dovuto prendere atto della circostanza che i revisori stranieri (e in particolare quelli operanti negli Stati Uniti) esercitano in un contesto sanitario profondamente diverso da quello italiano e, dunque, sono portati a sottovalutare l'importanza di talune tipologie di progetti (specialmente quelli clinico-organizzativi), fondamentali per il miglioramento dell'assistenza erogata dal SSN.

Sempre nell'ottica di rafforzare la valutazione meritocratica e ottimizzare la trasparenza e l'imparzialità del sistema stesso, rendendo quanto più possibile comparabili i giudizi, è stato poi previsto che i giudizi dei *referee* fossero a loro volta sottoposti (sempre in forma anonima) ad un

⁵⁹ Referto 2014 (5/2014/G) concernente "Ricerca nella sanità pubblica con riferimento alle disposizioni di cui al d.lgs. n. 502 del 1992 articolo 12-bis e successive modificazioni".

⁶⁰ Solo nel giugno 2015 tuttavia, a seguito dell'insediamento del nuovo Comitato Tecnico Scientifico, è stato possibile avviare il processo di individuazione dei parametri rilevanti ai fini della ripartizione dei fondi della Ricerca 2015 e procedere, insieme ad AGENAS, all'individuazione dei criteri specifici per la valutazione dei progetti assistenziali.

SALUTE

processo di verifica da parte di ricercatori italiani circa la coerenza delle valutazioni con le linee guida predefinite. Sono state riscontrate solo piccole anomalie segnalate al *panel* finale.

Parallelamente, è stata avviata una nuova procedura per valutare l'impatto dei progetti dell'ultimo quinquennio, sia dal punto di vista scientifico che della ricaduta economica dei progetti finanziati. A tal fine il Ministero ha promosso una collaborazione con la Fondazione ItaliaCamp, che si propone, tra l'altro, lo *scouting* di idee progettuali/brevettuali proposte dagli IRCCS al fine di sviluppare collaborazioni con il mondo dell'industria, per migliorare l'impatto economico del Paese nel campo della ricerca biomedica e per creare nuove possibilità di sviluppo e auto-finanziamento degli Istituti. Tale collaborazione si è sostanziata nella partecipazione di diversi Istituti all'iniziativa "Il vivaio delle idee", che all'interno di Expo 2015 ha permesso di presentare a potenziali investitori i prodotti della ricerca degli Istituti medesimi. Per quanto riguarda la valorizzazione delle capacità dei ricercatori, è stato avviato un processo di mappatura del personale della ricerca operante negli IRCCS, con l'obiettivo di individuare percorsi di carriera che tengano conto delle caratteristiche peculiari degli operatori della ricerca del SSN.

Allo scopo, poi, di rafforzare il legame e i contatti tra il mondo della ricerca italiano e quello dei ricercatori italiani residenti all'estero, favorendo sinergie e future collaborazioni internazionali, è stata riproposta la categoria dei "Progetto estero", riservando nei bandi di Ricerca Finalizzata una sezione ai progetti di ricercatori italiani residenti all'estero: ciò ha consentito, in taluni casi, ai ricercatori stessi di rientrare in Italia.

Più in generale, sono state poste in essere azioni dirette a facilitare il coordinamento dei diversi attori pubblici impegnati nel settore della ricerca e ad agevolare la partecipazione degli IRCCS, afferenti alle diverse reti tematiche a progetti europei. A tale scopo, partecipano alla definizione della c.d. Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente (SNSI) il Ministero della salute accanto al MISE e al MIUR, con la collaborazione di specifici *stakeholders* (ISS, AIFA Cluster Alisei, Enea, ecc.). Per quanto riguarda la partecipazione alle iniziative comunitarie, il Ministero della salute è impegnato negli *ERANet* e nelle *Joint Programming Initiatives*, allo scopo di rafforzare la cooperazione italiana con gli istituti di ricerca degli altri Paesi membri.