

Funzioni obiettivo IV livello		Indicatori di outcome/ stato delle aree-obiettivo	Indicatore	Modo di calcolo	Anno di riferimento	Valore assoluto	Variazione su anno precedente
10.02	VECCHIAIA						
<b>10.02.01</b>	<b>VECCHIAIA</b>						
10.2.1.1	Trasferimenti alle gestioni previdenziali	n. trattamenti/totale trattamenti di pensione; importo medio/importo medio pensioni	N° pensioni di vecchiaia	Somma delle pensioni del settore privato e del settore pubblico (in quest'ultimo sono incluse anche le pensioni di invalidità che non possono essere scorporate)	2000	10.347.949	1,6 (b)
			Incidenza pensioni di vecchiaia su pensioni totali	N° pensioni di vecchiaia /N° pensioni totali %	2000	47,8 (c)	0,7 (d)
			Importo medio annuo delle pensioni di vecchiaia (valori in migliaia di lire correnti)		2000	20.766	-2,9 (b)
			Incidenza importo medio annuo pensioni di vecchiaia sull'importo medio annuo totale	Importo medio annuo pensioni di vecchiaia / importo medio annuo pensioni totali %	2000	135,8 (c)	-0,1 (d)
10.03	ASSISTENZIALI						
<b>10.03.01</b>	<b>PENSIONI SOCIALI</b>						
10.3.1.1		c.s.	N° pensioni sociali	N° pensioni sociali erogate dall'Inps	2000	665.774	-0,4 (b)
			Incidenza pensioni sociali su pensioni totali	N° pensioni sociali /N° pensioni totali %	2000	3,1 (c)	0,0 (d)
			Importo medio annuo pensioni sociali (valori in migliaia di lire correnti)		2000	6.211	-5,5 (b)
			Incidenza importo medio annuo pensioni sociali sull'importo medio annuo totale	Importo medio annuo pensioni sociali / importo medio annuo pensioni totali %	2000	40,6 (c)	1,0 (d)
10.04	FAMIGLIA						
<b>10.04.01</b>	<b>FAMIGLIA</b>						
10.4.1.1	Trasferimenti e assistenza alle famiglie per protezione sociale	n. famiglie beneficiarie su totale famiglie bisognose; n. famiglie beneficiarie su totale famiglie	Assegni per il 3° figlio	N° famiglie che percepiscono assegni per il 3° figlio	2000	244 (a)	9,2 (b)
			Incidenza famiglie che percepiscono assegno per il 3° figlio	N° famiglie che percepiscono assegni per il 3° figlio / N° famiglie totali	2000	1,1 (c)	0,1 (d)
			Assegni per il 3° figlio	Spesa in miliardi di lire correnti	2000	583,6	8,6 (b)
			Assegni di maternità	N° famiglie che percepiscono assegni di maternità	2000	173 (a)	107,1 (b)
			Incidenza famiglie che percepiscono assegno di maternità	N° famiglie che percepiscono assegni di maternità / N° famiglie totali	2000	0,8 (c)	0,4 (d)
			Assegni di maternità	Spesa in miliardi di lire correnti	2000	224	163,2 (b)

Funzioni obiettivo IV livello		Indicatori di outcome/ stato delle aree-oggetto	Indicatore	Modo di calcolo	Anno di riferimento	Valore assoluto	Variazione su anno precedente
10.05 DISOCCUPAZIONE							
10.05.01 DISOCCUPAZIONE							
10.5.1.1 Sussidi di disoccupazione per pensionamenti anticipati o per cassa integrazione guadagni		n. trattamenti, n. beneficiari, costo unitario per trattamento/beneficiario	Erogazioni della cassa integrazione (ordinaria + straordinaria)	Milioni di euro correnti	2001	938	9,3 (b)
			Ore integrate	Migliaia di ore concesse	2001	152.253	3,5 (b)
			Costo per ora integrata	Erogazioni/ore, in euro correnti	2001	6,16	5,6 (b)
			Beneficiari (equivalenti occ. a tempo pieno)	N° di beneficiari	2001	88 (a)	3,5 (b)
			Costo per beneficiario (equiv. a t. pieno)	Erogazioni/beneficiari, in migliaia di euro correnti	2001	10,7	5,4 (b)
			Spesa per indennità di mobilità	Milioni di euro correnti	2001	1.302	4,7 (b)
			Spesa per trattamenti di disoccupazione	Milioni di euro correnti	2001	6.673	10,5 (b)
			Trattamenti di disoccupazione	Migliaia di trattamenti	2000	1.389	-1,1 (b)
			Spesa per trattamento	Spesa/trattamenti, in migliaia di euro correnti	2000	4,3	-0,9 (b)
			Spesa per prepensionamenti	Milioni di euro correnti	2001	826	-34,1 (b)
10.5.1.2 Formazione e riqualificazione professionale		partecipanti avviati al lavoro; costi unitari di formazione per tipologia	Totale spesa per cassa integrazione, mobilità, disoccupazione e prepensionamenti	Milioni di euro correnti	2001	9.739	3,6 (b)
			Spesa per formazione cofinanziata	Milioni di euro correnti	2000	580	-29,7 (b)
			Occupati che nelle 4 settimane precedenti l'intervista hanno partecipato a corsi di formazione professionale	N° di occupati	2001	620 (a)	-14,3 (b)
			Persone in cerca di lavoro che nelle 4 settimane precedenti l'intervista hanno partecipato a corsi di formazione professionale	N° di persone in cerca di lavoro	2001	44 (a)	-19,8 (b)
			Giovani 15-24 anni in cerca di prima occupazione che nelle 4 settimane precedenti l'intervista hanno partecipato a corsi di formazione professionale	N° di giovani in cerca di prima occupazione	2001	3 (a)	-44,9 (b)

(a) migliaia di unità.

(b) variazione %.

(c) valore in %.

(d) differenza in punti percentuali.

(e) Contratti di apprendistato e di formazione lavoro, incentivi alle assunzioni, incentivi al mantenimento dell'occupazione, creazione diretta di posti di lavoro, incentivi all'autoimpiego.

(f) Contratti di apprendistato e di formazione lavoro e loro trasformazioni in tempo indeterminato, assunzioni agevolate, lavoratori svantaggiati presso coop. sociali.

(g) differenze assolute.

**Ministero della salute**  
*(ex Ministero della sanità)*

**Sintesi e conclusioni.**

- 1. La riorganizzazione degli apparati.**
- 2. Programmazione e controllo nel ministero.**
- 3. La gestione finanziaria:** *3.1 I principali indicatori finanziari; 3.2 La lettura delle risultanze contabili per Centri di responsabilità nella sequenza BLV - nota preliminare - direttiva - risultati; 3.3. La classificazione per nuove categorie economiche; 3.4 L'analisi per funzioni.*

**APPENDICE**

- 1. Sistema informativo di monitoraggio**
- 2. La programmazione ed i finanziamenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria e gli investimenti:** *2.1 L'attuazione della seconda fase del programma di investimenti ex art. 20 legge n. 67 del 1988; 2.2 Specifiche linee di finanziamento del programma di investimenti; 2.3 Il Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali; 2.4 Il Piano straordinario per le grandi città di cui all'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448.*

**PAGINA BIANCA**

## MINISTERO DELLA SANITA'

## ESERCIZIO 2001 (Milioni di Lire):

Funzione obiettivo 4° liv.	Stanziamenti Definitivi	Autorizzazioni di cassa	di cui in C/Capitale	Impegni	Impegni effettivi	Pagamenti	Residui totali	Economie
1.2.1.1 - Trasferimenti ai PVS e in transizione, sostegno a programmi di assistenza nell'ambito di accordi e	0	7.461		0	0	2.901	0	4.559
1.2.1.2 - Aiuti all'Albania	1.664	1.664		1.664	1.664	1.664	0	0
2.2.1.5 - Interventi di emergenza e soccorso per calamità'	274	274		246	246	3	246	29
4.1.2.5 - Vigilanza, prevenzione e tutela delle	104.515	106.065		104.515	104.515	106.065	0	0
4.2.1.1 - Programmazione, regolamentazione e vigilanza nel settore agricolo	103	317		80	80	218	85	56
7.1.1.1 - Prodotti farmaceutici e farmaco vigilanza	137.052	142.665	145	131.776	126.767	116.312	28.161	6.275
7.4.1.3 - Trasferimenti per la prevenzione sanitaria e per i servizi di salute pubblica	1.191.538	1.049.279	500.416	800.207	493.485	479.191	1.574.184	404.353
7.4.1.5 - Prestazioni di servizi di prevenzione e di assistenza sanitaria diretta	79.358	81.743	253	77.042	71.125	73.155	16.772	2.932
7.4.1.6 - Regolamentazione e vigilanza in materia sanitaria	83.200	94.493	1.066	79.128	71.432	65.173	34.230	5.656
7.4.1.7 - Formazione per le professioni sanitarie	12.166	55.259	195	11.852	9.683	30.935	104.437	608
7.4.1.8 - Educazione e informazione sanitaria	144.545	147.696	2.061	138.518	133.621	103.780	128.703	33.273
7.5.1.1 - Ricerca in materia di sanità pubblica	863.159	988.231	88.425	862.135	812.012	811.684	578.051	20.873
7.5.1.2 - Ricerca in materia di sanità pubblica veterinaria	34.848	42.129	2.718	34.700	33.424	18.393	54.195	14.264
7.6.1.1 - Programmazione e regolamentazione delle politiche sanitarie nazionali - rapporti internazionali. Politiche contrattuali del personale	115.257	121.663	4.257	108.284	97.606	86.530	30.558	7.535
7.6.1.2 - Sanità veterinaria	147.701	131.404	136	142.212	137.252	110.956	48.864	5.846
7.6.1.3 - Realizzazione e interventi finanziari per l'edilizia	32.416	259.034	256.526	32.288	1.426	12.247	360.439	238
7.6.1.5 - Rilevazione, analisi e monitoraggio sulla sanità pubblica	116.843	141.936	4.047	116.081	105.033	97.576	151.948	7.798
<b>TOTALE AMM.NE</b>	<b>3.064.637</b>	<b>3.371.311</b>	<b>860.244</b>	<b>2.640.728</b>	<b>2.199.371</b>	<b>2.116.784</b>	<b>3.110.873</b>	<b>514.297</b>

**Sintesi e conclusioni.**

Le funzioni attribuite al Ministero della salute si collocano in un ampio processo riformatore di ridisegno delle strutture centrali in relazione al conferimento di maggiori compiti e responsabilità alle Autonomie, di cui tappe significative sono la legge n. 59 del 1997<sup>1</sup> ed il d.lgs. 30 luglio 1999, n. 300 e che trova più compiuta definizione a livello costituzionale, nelle nuove formulazioni del titolo V.

Nella accennata prospettiva evolutiva dell'ordinamento assumono un ruolo peculiare le funzioni di monitoraggio, di indirizzo e di supporto affidate alle strutture centrali, da svolgersi nel quadro degli indirizzi definiti nella sede della Conferenza Stato-Regioni, e con il concorso dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali - potenziata in base al d.l. n. 17 del 2001 convertito nella legge n. 129 del 2001, che ne prevede un aumento di organico ed una revisione del regolamento di organizzazione di funzionamento - nelle direttive comuni alla produzione normativa e programmatica che caratterizza in particolare il sistema sanitario, ispirata a momenti di confronto e di cooperazione dei diversi livelli di governo.

In tale contesto alle strutture centrali sono affidati delicati compiti di programmazione e di monitoraggio, la cui complessità discende dalla pluralità degli attori decisionali, dei relativi centri di spesa e dei meccanismi fiscali che presiedono il settore, tenuto anche conto che si tratta di politiche che investono un arco temporale superiore all'anno.

La Corte ha al riguardo più volte evidenziato la necessità di riallineare il sistema informativo alle esigenze conoscitive poste da un sistema policentrico ed a forte componente autonomistica, sia per corrispondere alle reimpostazioni programmatiche che all'adozione di misure perequative proprie della disciplina del federalismo fiscale e recepite anche nel nuovo testo del titolo V della Costituzione, che all'art. 117, comma. 2, lett. m), riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

Nel delineare il nuovo assetto organizzativo, occorreva dunque superare ogni tendenza ad una meccanica trasposizione della realtà esistente, promuovendo una configurazione più coerente alle esigenze poste dall'evoluzione complessiva del sistema, orientato ai principi di federalismo amministrativo e fiscale, particolarmente accentuati proprio nella realtà sanitaria. Ad inizio della XIV legislatura, con il d.l. 12 giugno 2001, n. 217, convertito in legge 3 agosto

<sup>1</sup> Come è noto, il processo di regionalizzazione, avviato per la generalità delle amministrazioni sulla base della legge n. 59 del 1997 e del d.lgs. 30 luglio 1999, n. 300, era stato già ampiamente anticipato per la sanità, senza peraltro incidere significativamente sulla configurazione dell'apparato ministeriale, con la riforma contenuta nei precedenti decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, integrata dal d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (c.d. "riforma ter").

2001, n. 317 sono state apportate modifiche al d.lgs. 30 luglio 1999, n. 300 ed alla legge 23 agosto 1988, n. 400, in materia di organizzazione del Governo. In particolare con l'art. 11 è stato istituito il Ministero della salute, al quale sono attribuite le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti, nell'ambito e con finalità di salvaguardia e di gestione integrata dei servizi socio-sanitari e della tutela dei diritti alla dignità della persona umana e alla salute. E' stato in tal modo sostanzialmente ripristinato il precedente assetto organizzativo, riconoscendo l'autonomia delle strutture e delle funzioni già svolte dal ministero della sanità, rispetto all'accorpamento in una più ampia articolazione deputata alla tutela del *welfare*, ("Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali") pochi mesi prima disposto con il d.P.R. n. 126 del 2001.

Le risultanze contabili evidenziano un incisivo ruolo del ministero nella programmazione di politiche per investimenti di particolare valenza anche sociale: si tratta della "riqualificazione dell'assistenza sanitaria" e della "realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti ed i loro familiari", le cui problematiche sono più ampiamente illustrate nella appendice dedicata alla programmazione ed ai finanziamenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria e gli investimenti.

### **1. La riorganizzazione degli apparati.**

Anche nel nuovo disegno istituzionale, resta peraltro fermo il percorso di riorganizzazione in precedenza definito dal d.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435 "Regolamento recante norme sintetiche di organizzazione del Ministero della sanità". Tale provvedimento delinea un assetto del ministero strutturato in due dipartimenti (dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione e dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali) all'interno dei quali sono istituite 11 direzioni generali.

Nell'ottica del decentramento va ricordato che in base all'art. 47 del d.lgs. n. 300 gli uffici periferici del ministero sono accorpati negli "uffici territoriali del Governo" (che possono avvalersi per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla tutela della salute umana e veterinaria delle aziende sanitarie ed ospedaliere, previa apposite convenzioni da definire sulla base di uno schema concordato in conferenza Stato-Regioni).

Il nuovo assetto del ministero se da un lato privilegia una più coerente impostazione con l'accennata evoluzione ordinamentale, soprattutto nell'accentuare i momenti di ricomposizione

dei flussi informativi e di programmazione generale, dall'altro sconta una giustapposizione di compiti e strutture ministeriali già esistenti. La stessa distribuzione delle direzioni generali proiettate con compiti di impulso e monitoraggio nel S.S.N. in due dipartimenti non appare del tutto convincente sul piano sistematico, anche per la conseguente scomposizione tra i due diversi centri di responsabilità di linee programmatiche e di azione fortemente interagenti. Per assicurare l'unitarietà degli interventi dell'amministrazione vanno dunque opportunamente incentivati i raccordi tra le diverse direzioni generali, pur facenti capo a dipartimenti diversi, attraverso momenti di confronto operativo e di coerente pianificazione, in un approccio sistematico cui dà maggiore spazio la direttiva generale per il 2002.

Il d.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435 (la cui attuazione, si ricorda, non dovrebbe comportare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato) affida compiti di peculiare incisività nel S.S.N. alla direzione generale della programmazione sanitaria. Tra le novità poste dal provvedimento vi è la direzione generale del sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici, che si occupa della individuazione dei fabbisogni informativi non del solo ministero, ma dell'intero Servizio sanitario nazionale, della gestione e sviluppo dell'informatizzazione e del relativo monitoraggio, dei rapporti con l'AIPA, dell'elaborazione, controllo e verifica dei dati statistici. La stessa direzione generale ha competenza nella materia relativa ai programmi di investimenti relativi al patrimonio immobiliare e tecnologico del Servizio sanitario nazionale (prima accorpata tra le funzioni del Dipartimento per la programmazione). L'attuazione di tali politiche si caratterizza anche per la innovativa utilizzazione dei fondi strutturali comunitari e soprattutto per i raccordi con le Regioni nelle materie attinenti agli investimenti e ai programmi di sviluppo, dovendo assicurare il necessario supporto tecnico per la valutazione e verifica degli investimenti pubblici. La legge 17 maggio 1999, n. 144, come è noto, all'art. 1 prevede l'istituzione di nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici sia presso le amministrazioni regionali, che centrali: nell'anno il nucleo è stato istituito anche presso il Ministero<sup>2</sup>.

Una ulteriore qualificante area, cui corrisponde una apposita direzione generale, di significativo rilievo finanziario è quella della ricerca sanitaria, che si estende anche a programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali di collaborazione tra le strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati; nel settore rilevano le funzioni di supporto al

<sup>2</sup> Al riguardo è da segnalare che la Corte Costituzionale, adita proprio in relazione a tale previsione, la procedura attuativa mediante d.P.C.M. (sent. n. 314 del 2001), ne ha ribadito la coerenza con il disegno costituzionale, attese le accennate esigenze e caratteristiche funzionali ispirate alla concertazione degli interventi ed alla unitarietà del sistema.

funzionamento della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria e di vigilanza su altri Organismi del complesso sistema sanitario. Ulteriori significativi compiti che impattano direttamente sul S.S.N. sono svolti dalla direzione generale delle professioni sanitarie e del personale del Servizio sanitario nazionale, che si occupa dei fabbisogni di personale sanitario e di medici specialisti, nonché delle crescenti esigenze di formazione, evidenziate nei recenti documenti programmatici ed accordi collettivi di lavoro<sup>3</sup>. I profili organizzativi e gestionali dell'amministrazione sono assegnati alla direzione generale per la organizzazione, bilancio e personale del ministero, che provvede all'individuazione dei fabbisogni di risorse umane, finanziarie e strumentali ed alla relativa acquisizione, curando i rapporti con l'ufficio del ruolo unico della dirigenza statale, la formazione del personale, le relazioni sindacali, la contrattazione e mobilità (esclusa quella dipartimentale), le relazioni con il pubblico.

Al Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali fa capo invece la direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza, alla quale sono assegnate funzioni strategiche sia nelle fasi della ricerca, che della sperimentazione, produzione e commercializzazione dei medicinali per uso umano e connessa farmacovigilanza. Presso tale struttura opera l'Osservatorio nazionale sull'impiego del farmaco, con un ruolo significativo in un'area di spesa che, come già segnalato dalla Corte, sollecita attento monitoraggio, per l'impatto sugli equilibri finanziari statali e regionali.

Nuova è la direzione generale degli studi, della documentazione sanitaria e della comunicazione ai cittadini, anch'essa facente capo al Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali, che ha compiti di gestione dell'attività editoriale ministeriale, di centri di documentazione, di osservatori, di programmi di informazione e di studi finalizzati all'educazione sanitaria ed alla promozione della salute dei cittadini, così come i rapporti di interesse sanitario con le organizzazioni di volontariato e del terzo settore.

La programmazione delle politiche pubbliche in sanità si innesta sempre più strettamente in quella internazionale e comunitaria, i cui accordi sono affidati ad una apposita direzione generale. Funzioni di carattere più operativo sono svolte dalla direzione generale delle prestazioni sanitarie e medico-legali, che provvede alle attività e agli interventi di spettanza statale in tali settori ed in particolare ai rapporti giuridici ed economici in materia di assistenza sanitaria nell'ambito dell'Unione europea e in ambito extracomunitario, curando gli interventi

<sup>3</sup> Tale direzione generale svolge anche compiti di supporto al rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionato.

straordinari in materia di assistenza sanitaria in Italia agli emigrati, agli apolidi, ai rifugiati politici ed agli stranieri, nonché di assistenza sanitaria e medico legale del personale navigante<sup>4</sup>.

I riflessi con la tutela dell'ambiente e del lavoro - sempre più evidenziati nei documenti programmatici generali - sono curati dalla Direzione generale della Prevenzione dello stesso dipartimento, che si occupa anche di delicate aree ad elevata valenza di integrazione sociosanitaria, relative alla radioprotezione, alla prevenzione delle tossicodipendenze e alle malattie di rilievo sociale (inclusa la tutela della salute mentale, l'invalidità civile e la disabilità), alle problematiche attinenti al sangue ed agli emoderivati, al trapianto di organi, alle procedure autorizzative concernenti microrganismi ed organismi geneticamente modificati. La direzione generale della sanità pubblica veterinaria, degli alimenti e della nutrizione svolge compiti in ordine alla salubrità dei prodotti di origine animale e dei loro sottoprodoti, agli alimenti per uso umano, alla sicurezza alimentare, alla polizia veterinaria ed alla profilassi internazionale nei settori veterinario e alimentare.

Quadro del personale di cui complessivamente sono dotati i dipartimenti

UFFICI CENTRALI	Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione del Ministero	Dipartimento della tutela, della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali
QUALIFICA	Nº Unità	Nº Unità
Dirigenti generali	6	6
Dirigenti II fascia (di cui Dirigenti sanitari II livello)	56 13	78 44
Dirigenti sanitari di I livello	13	150
C3	8	6
C2	66	39
C1	122	115
Personale sanitario laureato a Contratto Tempo Determinato	-	60
Pers. le amm.vo laureato a Contratto Tempo Determinato	2	10
B3	61	70

<sup>4</sup> La d. g svolge anche compiti di supporto delle funzioni contenziose della Commissione medica d'appello avverso i giudizi di inidoneità permanente al volo; funzioni consultive medico-legali nei ricorsi amministrativi o giurisdizionali concernenti pensioni di guerra e di servizio e nelle procedure di riconoscimento di infermità da cause di servizio; ricorsi per la corresponsione di indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati.

B2	144	141
B1	38	33
Personale amministrativo non laureato a Contratto Tempo Determinato	4	20
A3	47	19

UFFICI PERIFERICI	N° Unità	N° Unità
Dirigenti II fascia	-	32
di cui Dirigenti sanitari II livello	-	30
Dirigenti sanitari di I livello	-	122
C3	-	6
C2	-	20
C1	-	151
Personale sanitario laureato a Contratto Tempo Determinato	-	92
Personale amministrativo laureato a Contratto Tempo Determinato	-	6
B3	-	43
B2	-	364
B1	-	71
Personale tecnico-sanitario non laureato a Contratto Tempo Determinato	-	44
Personale amministrativo non laureato a Contratto Tempo Determinato	-	14
A3	-	38

## 2. Programmazione e controllo nel Ministero.

Nella descritta complessità del sistema, ed in particolare nella peculiarità di programmazione ed attuazione di politiche pubbliche che coinvolgono soggetti diversi e differenti livelli di governo - come emerge dai recenti accordi intervenuti nella sede della conferenza Stato-Regioni<sup>5</sup> - un rilievo particolare riveste il circuito programmatorio all'interno dell'amministrazione, nelle scansioni procedurali - già disegnate dagli articoli 3 e 14 del d.lgs. n. 29 del 1993 e riprese del d.lgs. n. 165 del 2001 - che evidenziano la distinzione tra funzioni di indirizzo, di determinazione degli obiettivi, dei programmi e delle priorità, nonché della conseguente verifica, proprie del vertice politico, e compiti gestionali attribuiti ai dirigenti. Tali principi, costantemente presenti nella legislazione recente (ed in coerenza ai quali la legge di riforma del bilancio statale stabilisce una più marcata e diretta relazione tra responsabili di spesa e risorse da individuare ed attribuire), richiedono una coerente costruzione delle previsioni di

<sup>5</sup> Accordo del 3 agosto 2000, ampiamente integrato e modificato dagli accordi del 22 marzo 2001 e dell'8 agosto 2001, il cui contenuto è stato fatto proprio dal d.l. 18 settembre 2001, n. 347, convertito in legge 16 novembre 2001, n. 405.

bilancio ed in particolare della impostazione della "nota preliminare" allo stato di previsione del BLV e della conseguente direttiva generale, la cui corretta elaborazione appare essenziale nel quadro di una fisiologica scansione tra programmazione strategica e di bilancio, pianificazione operativa, attuazione degli interventi, verifica dei risultati. Sulla base di tali documenti e della accennata sequenza programmatica si è dunque proceduto ad un esame delle risultanze contabili per il 2001, avendo presente la fase di transizione da 13 a 3 C.d.r. conseguentemente alla riferita innovazione strutturale. A tale nuova configurazione si collega il processo di pianificazione "a cascata" tra capi dipartimento e dirigenti generali, che viene di seguito riferito.

Va sottolineato che alcuni dei più rilevanti obiettivi individuati nella nota preliminare e nella direttiva generale si inseriscono nella fase iniziale di un percorso complesso, coinvolgente spesso altri ministeri, e che soprattutto interagisce con il sistema delle Regioni e delle aziende sanitarie, ponendo l'esigenza di una ricostruzione unitaria della attuazione delle misure programmatiche, sorretta da una adeguata elaborazione ed un affinamento degli strumenti di misurazione e degli indicatori, in grado di offrire strumenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi caratterizzanti il policentrico sistema della sanità. E' importante ricordare che una corretta valutazione deve tener presente sia tale complesso percorso sia il contesto temporale, che viene frequentemente travalicare il solo arco temporale annuale.

La Corte aveva dunque più volte segnalato il rilievo, nel nuovo sistema di riforma del bilancio e delle amministrazioni pubbliche, di una corretta attivazione del circuito programmatico alla base della riforma del bilancio statale. In particolare la funzione informativa del Parlamento, affidata alla nota preliminare - la cui compiutezza compensa il sacrificio di analiticità dovuto al passaggio dal voto per capitoli a quello per unità previsionali di base - richiede una evidenziazione delle ragioni degli aumenti o delle diminuzioni di stanziamento rispetto alle previsioni assestate, soprattutto ove si assista a fenomeni di notevoli variazioni degli stanziamenti, come evidenziato per taluni significativi interventi di spesa.

La nota preliminare 2001 riproduce sostanzialmente l'impianto di quella per il 2000, con la illustrazione per ciascuno dei centri di responsabilità degli obiettivi prioritari previsti per l'esercizio di riferimento, correlando al quadro di riferimento delle linee generali d'azione per ciascuno di essi, più puntuali e specifiche indicazioni programmatiche. Queste consentono dunque una verifica a consuntivo della realizzazione degli obiettivi: in tal senso si è proceduto, su stimolo e sollecitazione della Corte, ad un confronto con l'amministrazione, effettuando, anche attraverso la elaborazione di primi indicatori, una rilettura delle risultanze dell'esercizio 2001, articolata proprio sulla base

dell’analisi delle risorse impiegate in coerenza con i diversi obiettivi perseguiti ed il generale quadro programmatico di riferimento (par. 3.2).

Nella nota preliminare, alle indicazioni programmatiche è accompagnata per ciascuno dei C.d.r., la indicazione delle risorse, distinte tra spese di funzionamento (personale e beni e servizi), per interventi, per investimenti. Nel processo di compiuto adeguamento al sistema delineato dalle leggi di riforma, un ulteriore necessario passaggio è rappresentato dalla disarticolazione delle risorse in coerenza con i diversi obiettivi perseguiti e la coerente ricostruzione in termini di progetti e di programmi finanziati, con la indicazione dei relativi tempi di esecuzione. Peraltro, mentre era stato sottolineato il netto miglioramento della nota preliminare nello stato di previsione del BLV 2000 e 2001 a confronto con le scarne elaborazioni precedenti, assente o quasi è il documento ufficiale per il 2002, redatto solo in maniera tecnica.

Positiva appare l’introduzione, sia pur graduale, di indicatori di efficienza e di efficacia nella direttiva generale del ministro. di cui agli artt. 3 e 14 del d.lgs. n. 165 del 2001, che, peraltro, sono richiesti dalla norma anche nella redazione della nota preliminare per consentire una più compiuta valutazione dei risultati in coerenza al sistema delineato dalle recenti riforme amministrative e di bilancio.

Quanto alla direttiva generale del ministro. di cui agli artt. 3 e 14 del d.lgs. n. 165 del 2001, va rilevato il ritardo nell’adozione e la relativa significatività: questo essenziale documento è infatti intervenuto anche per il 2001, come per il 2000, ad esercizio ampiamente inoltrato, limitandosi in genere ad una ricognizione degli obiettivi già indicati nella nota preliminare. Il ritardo per il 2001 è stato motivato con il percorso di attuazione del regolamento n. 435 del 2000 e di formale individuazione dei nuovi C.d.r., il cui disegno è stato esplicitato nel precedente paragrafo. La gestione delle risorse nell’esercizio si è dunque svolta in base ad un provvedimento di mero riparto delle stesse, senza una puntuale correlazione con gli obiettivi da raggiungere.

Per il 2002 la direttiva, emanata il 14 marzo, si richiama espressamente alla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 novembre 2001 “Indirizzi per la predisposizione della direttiva generale dei Ministri sull’attività amministrativa e sulla gestione per l’anno 2002” ed alla direttiva del Ministro per l’innovazione e le tecnologie del 21 dicembre 2001. In coerenza alle politiche generali di semplificazione amministrativa, di contenimento della spesa, di digitalizzazione dell’amministrazione e di miglioramento della qualità dei servizi, una attenzione particolare è rivolta: alla tutela della salute, sia con riguardo al quadro internazionale, che al processo di regionalizzazione; alla ricerca; alle politiche del farmaco; all’assistenza sanitaria ai cittadini italiani anche in ambito extracomunitario; alla organizzazione ed efficienza

interna attraverso la valorizzazione dei sistemi di controllo gestionali. Ai Capi dei due Dipartimenti vengono quindi assegnati obiettivi “strategici”, che comprendono uno o più obiettivi operativi annuali, accompagnati da una ricca serie di indicatori, che sono aggregati per 10 tipologie: efficacia esterna (outcome); efficacia interna (output); tempestività ed accessibilità; domanda; qualità erogata; qualità percepita; economicità; efficienza gestionale; efficienza produttiva; innovazione; rapporti con gli stakeholders. Anche sulla base di taluni indicatori, concordati con i competenti uffici dell’Amministrazione, si è proceduto alla ricostruzione delle risultanze di bilancio correlate, per i centri di responsabilità del ministero, agli obiettivi stabiliti in nota preliminare e ripresi nella direttiva.

Attesa la nuova configurazione dipartimentale, ai due Capi Dipartimento viene assegnato il compito di definire entro venti giorni dalla direttiva appositi piani d’azione, predisposti su proposta dei direttori generali, relativi a ciascuno degli obiettivi operativi annuali; gli stessi Capi Dipartimento dovranno trasmettere al servizio di controllo interno, entro il 15 settembre 2002 una relazione sullo stato di attuazione della realizzazione degli obiettivi al 15 agosto, esponendo le ragioni in caso di scostamento dalla pianificazione, segnalando gli interventi adottati o che si intendono adottare. Assume quindi peculiare rilievo tale pianificazione “di secondo livello”, con la quale in sostanza verranno ad essere concretamente definite le modalità ed i percorsi di attuazione degli obiettivi.

Emerge, quindi, soprattutto per la maggiore attenzione data ai tempi e modi di misurazione dell’azione amministrativa - scomposta dalla programmazione strategica in pianificazione operativa- un più consapevole approccio al sistema delineato dalle disposizioni poste in materia dal d.lgs. n. 165 del 2001: in particolare appare positiva la attenzione al sistema degli indicatori, ad essenziale supporto delle funzioni di verifica della gestione.

Nella prospettiva di dare ulteriore affinamento alle metodologie di programmazione e di controllo interno, va rappresentata l’esigenza di garantire, oltre alla coerenza con i più generali documenti di programmazione, la differenziazione degli obiettivi, che, pur rientrando nell’attività “fisiologica” del C.d.r., si connotino di peculiari profili rispetto ad essa, consentendo linee di raffronto e/o di continuità con i precedenti esercizi, offrendo di conseguenza adeguati parametri di misurazione e valutazione anche alla luce dei più generali documenti programmatici (D.p.e.f., P.S.N.). Sembrano dunque poste in essere le premesse per l’avvio, da monitorare con attenzione, di un più compiuto adeguamento alla disciplina posta dal d.lgs. n. 165 del 2001; la sua attuazione, insieme ad una diffusione della cultura della programmazione e

della conseguente verifica dei risultati richiede anche un più stabile assetto della dirigenza, chiamata a svolgere compiti di maggiore responsabilità nel sistema.

### **3. La gestione finanziaria.**

#### *3.1 I principali indicatori finanziari.*

Le assegnazioni complessive del Ministero nel 2001, pari a 3.064,6 mld di stanziamenti, anche se segnalano un incremento rispetto alle previsioni in BLV (pari a 2.624,6 ml, dei quali 1.542,9 di parte corrente e 1081,7 in conto capitale), sono inferiori di 197,1 mld rispetto a quelle del precedente esercizio (3.261 mld), che evidenziava invece un trend in costante aumento (2.289,7 mld nel 1999; 1.929,4 mld nel 1998; 1.623 mld nel 1997).

Nella composizione degli stanziamenti le spese per funzionamento risultano pari a 625,2 mld (191,2 mld per personale e 534 mld per beni e servizi) e quelle per interventi a 1.594,6 mld. Si conferma la forte incidenza delle risorse destinate a spese per investimenti: si tratta di 800,2 mld, anche se ridotti rispetto al precedente esercizio (1.185 mld nel 2000, con un incremento notevole rispetto ai 331,7 mld del 1999), dei quali si segnalano circa circa 700 mld sul capitolo 7560 (U.P.B. 5.2.13 Riqualificazione dell'assistenza sanitaria, che nel BLV indicava circa 1.000 mld di stanziamenti). Si segnalano anche le risorse destinate alla realizzazione nelle Regioni e Province autonome di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti ed i loro familiari, (con circa 30 mld sul cap.7580 U.P.B- 5.2.1.5 – Edilizia sanitaria). Le risultanze finanziarie vanno lette alla luce delle accennate funzioni di indirizzo e supporto nel S.S.N. nell'ambito delle linee programmatiche di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, in buona parte destinate al settore dell'edilizia, le cui problematiche sono più ampiamente illustrate in appendice al capitolo.

Gli indicatori finanziari generali mostrano riguardo alla competenza, impegni per 2.199,4 mld (71,8% della competenza) con 423,9 mld di economie. Si rileva la consistenza dei residui finali di stanziamento, pari a 1.775,5 mld (1.334,1 in conto residui e 441,3 mld in conto competenza). Ad una più dettagliata analisi, su di una massa impegnabile di 4.777,2 mld (dei quali 1.712,6 mld di residui di stanziamento da esercizi precedenti), risultano impegni totali per 2.577,8 mld (54%; erano il 53,8% nel 2000 ed il 74,4% nel 1999). La massa spendibile complessiva ammonta a 5.741,9 mld, con 3.371,3 mld di autorizzazioni di cassa (58,7% della m.s.), e pagamenti totali per 2.116,8 mld (36,9% della massa spendibile). I pagamenti sulla competenza sono pari a 1.550,9 mld.

Dal lato della gestione dei residui rimane elevato l'importo dei residui propri a fine esercizio pari a 1.335,4 mld che insieme a quelli di stanziamento concorrono alla formazione di residui totali per 3.110,9<sup>6</sup> mld.

Si deve segnalare che sui 964,8 mld di residui iniziali risultano 565,9 mld di pagamenti. I residui finali in conto residui sono pari a 648,5 mld. L'elevato ammontare dei residui è in larga parte da ricondurre alle nuove significative voci di spesa del ministero destinate ad investimenti<sup>7</sup>, oltre che alla ricerca ed altri settori più diffusamente analizzati nel capitolo sull'auditing.

### *3.2 La lettura delle risultanze contabili per centri di responsabilità nella sequenza BLV - nota preliminare - direttiva - risultati.*

Sulla base della sequenza programmatica delineata al par. precedente, la Corte ha operato una analisi - condotta nella linea di confronto-collaborazione con l'Amministrazione – che ha consentito di prospettare un necessario raccordo, sotteso al circuito già disegnato dal d.lgs. n. 29 e dalla legge di riforma del bilancio, tra previsione e gestione delle risorse ed obiettivi individuati nella sequenza BLV-nota preliminare-direttiva. Attesa la riferita fase di transizione dovuta al nuovo quadro organizzativo – cui si accompagna un non sempre puntualmente definito assetto della dirigenza - va precisato che il rendiconto 2001 rispecchia la precedente architettura contabile in 13 C.d.r.. Questa viene naturalmente seguita nella lettura dei dati contabili, operando tuttavia gli utili raccordi suggeriti dalla nuova articolazione strutturata in dipartimenti, comprensivi di più direzioni generali (che, si ricorda, non costituiscono C.d.r., ma fanno capo agli indicati dipartimenti). Va naturalmente ribadito che taluni obiettivi sono propri ed esclusivi delle strutture ministeriali, mentre altri, che pur richiedono a monte atti di programmazione, e sovente erogazione di risorse, coinvolgono il complesso apparato degli enti del S.S.N.. In tale linea sono stati anche avviati confronti con la stessa amministrazione per la utilizzazione di indicatori, inseriti a titolo sperimentale nell'analisi per ogni singolo centro di responsabilità.

<sup>6</sup> Nel BLV erano stimati al I gennaio 2002 in 986,9 mld (373,6 di parte corrente e 613,3 in conto capitale), mentre per il 2001 la previsione si assestava a 1.772,2 mld di residui totali (468,8 di parte corrente e ben 1.303,4 in conto capitale).

<sup>7</sup> Al riguardo è opportuno ricordare la disposizione di cui all'art. 3 della legge n. 94 del 1997 relativa alla valutazione, rimessa al Ministero del tesoro, dell'effettivo stato di attuazione dei programmi e dei progetti di investimento ai fini della costruzione delle successive previsioni di bilancio. Per i residui di stanziamento accumulatisi per il 2001: il taglio di residui ha riguardato in particolare il capitolo 7560 (riqualificazione assistenza sanitaria).