

52,6 mld di impegni totali. Dal lato della gestione di cassa, con 8,1 mld di residui totali, la massa spendibile si definisce in 61,2 mld, sulla quale risultano 55,7 mld di pagamenti totali (91,4% delle autorizzazioni e 90,1% della massa spendibile). In tale specifica attività i 48,5 mld sono previsti nel bilancio quale contributo alla OMS, impegnati e pagati nell'anno.

DIREZIONE GENERALE DEGLI STUDI, DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E DELLA COMUNICAZIONE AI CITTADINI (C.D.R. STUDI E DOCUMENTAZIONE).

Il C.d.r. assomma stanziamenti definitivi di competenza per 42,4 mld, a fronte di previsioni in BLV e in legge di bilancio di 4 mld, incrementate con legge di assestamento. Gran parte delle maggiori assegnazioni debbono ricondursi ai 37 mld destinati al capitolo 3393 (con solo 100 milioni in BLV) “spese per l'informazione sulla salute”. Per il C.d.r. la massa impegnabile di 42,3 mld risulta impegnata per 39,4 mld, mentre i 12,5 mld di residui iniziali concorrono a formare una massa spendibile di 54,9 mld, sulla quale, con 48,4 mld di autorizzazioni di cassa, risultano solo 12,4 mld di pagamenti totali. Si deve evidenziare, anche per il 2001, una elevata presenza di residui di competenza a fine esercizio (35,1 mld), relativa soprattutto al capitolo 3393 (spese per l'informazione sulla salute) con ben 33,7 mld di residui di competenza e soli 6,7 mld di pagamenti totali⁵⁶. Tra gli obiettivi presenti in nota preliminare al bilancio e direttiva relativi al 2001, rilevano: il “*monitoraggio e valutazione delle ricerche in scadenza nel corso dell'anno e monitoraggio periodico delle ricerche pluriennali*”; la “*divulgazione, con mezzi appropriati, dei risultati delle ricerche*”; la “*realizzazione di campagne di informazione ed educazione sanitaria in collegamento con i Dipartimenti competenti*”; la “*predisposizione della Relazione sullo stato sanitario del Paese*”⁵⁷.

⁵⁶ Nella nota preliminare vengono individuati gli “*obiettivi di monitoraggio e valutazione delle ricerche in scadenza nel corso dell'anno e monitoraggio periodico delle ricerche pluriennali*” “*divulgazione, con mezzi appropriati, dei risultati delle ricerche*”; “*realizzazione di campagne di informazione ed educazione sanitaria in collegamento con i Dipartimenti competenti*” (peraltro confermato in direttiva).

Mentre la sola direttiva specifica che sono da perseguire: obiettivi volti a realizzare campagne informative e di educazione sanitaria ai fini della tutela dei diritti del cittadino in relazione al Piano sanitario nazionale; verificare le tematiche attinenti al settore socio-sanitario inerenti agli obiettivi strategici del Piano sanitario nazionale 1998-2000 e ai corrispettivi settori di ricerca individuati come investimenti prioritari; predisporre un piano operativo di ricerche; attivare commissioni di studi per l'analisi di tematiche d'interesse per la politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione di indirizzi propositivi; dare attuazione ad iniziative editoriali correlate all'attività di ricerca e di studio, di interesse socio-sanitario; predisporre la Relazione sullo stato sanitario del paese al Parlamento; predisporre un programma di informazione per i cittadini mediante supporto informatico in rete; integrare e completare il progetto di fattibilità del Centro di documentazione per il Servizio sanitario nazionale; incentivare i rapporti con le Associazioni di volontariato e con il Coordinamento della Consulta per il volontariato. L'amministrazione non ha reso per tale C.d.r. gli elementi correlati alla attuazione dei singoli obiettivi.

⁵⁷ Sono invece previsti nella sola direttiva gli obiettivi di “*verificare le tematiche attinenti al settore socio-sanitario inerenti agli obiettivi strategici del Piano sanitario nazionale e ai corrispettivi settori di ricerca individuati come interventi prioritari*”; “*attivare commissioni di studi per l'analisi di tematiche d'interesse per la politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione di indirizzi propositivi*”, “*dare attuazione ad iniziative editoriali correlate all'attività di*

Nella lettura delle risultanze contabili del 2001 vanno riferiti i dati di due altri C.d.r. cui non corrispondono direzioni generali nel nuovo assetto: si tratta del C.d.r. Servizio ispettivo ed unità di crisi, con complessivi 4 mld di stanziamenti definitivi di competenza (in BLV erano 3,4 mld)⁵⁸ e della Segreteria Generale del Consiglio Superiore di sanità, i cui stanziamenti definitivi sono pari a 3,3 mld, sui quali risultano impegni per 2,8 mld. La massa spendibile è pari a 4 mld sulla quale risultano pari autorizzazioni di cassa e pagamenti per 3 mld.

3.3 La classificazione per nuove categorie economiche.

Come è noto, a partire dal bilancio 2000 è stata introdotta una nuova classificazione per categorie economiche articolate per titoli (a seconda se spese correnti o in conto capitale) per consentire l'adeguamento allo schema del SEC95 e facilitare l'aggregazione delle risultanze contabili del bilancio statale e delle p.a. in genere, anche al fine di consentire una comparabilità tra consolidato della P.A. e contabilità economica nazionale. In base a tale classificazione le risorse del ministero sono state così ripartite:

La categoria economiche redditi da lavoro dipendente, con 232,5 mld di stanziamenti di competenza, espone una massa impegnabile pari a 276,8 mld, sulla quale risultano 219,5 mld di impegni totali, con 12,7 mld di economie e 44,6 mld di residui di stanziamento. Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 287 mld, sono stati eseguiti pagamenti totali per 205,7 mld, con 66,5 mld di residui totali a fine esercizio.

La categoria consumi intermedi, con 506,9 mld di stanziamenti di competenza in larga parte riconducibili (500,1 mld) alla categoria economiche 2.2 (Acquisto di servizi effettivi), con 106,9 mld ascritti a "noleggi, locazioni e leasing operativo" - espone una massa impegnabile pari a 673,7 mld, sulla quale risultano 565,3 mld di impegni totali, con 20,4 mld di economie e 88 mld di residui di stanziamento. Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 953,8 mld (per 455,7 mld di residui iniziali), con autorizzazioni di cassa per 628,2 mld, sono stati eseguiti pagamenti totali per 401,6 mld, con ben 491,4 mld di residui totali a fine esercizio. Quantitativamente meno significativa è la c.e imposte pagate sulla produzione: con 11,6 mld di stanziamenti definitivi,

ricerca e di studio di interesse socio-sanitario"; "integrare e completare il progetto di fattibilità del Centro di documentazione per il Servizio sanitario nazionale".

⁵⁸ Nella nota preliminare al bilancio veniva ribadito l'obiettivo, peraltro già previsto nella precedente direttiva, di elaborazione di un piano di ispezione preventiva delle varie realtà sanitarie in raccordo con i nuclei SAR. Nel nuovo disegno organizzativo è previsto che le direzioni generali di entrambi i dipartimenti nell'ambito delle materie di rispettiva competenza, "esercitano i necessari poteri di accertamento e di ispezione, anche nei confronti degli organismi che svolgono le funzioni e i compiti amministrativi conferiti, come previsto dall'articolo 115, comma 1, lettera e), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, avvalendosi, prioritariamente, del personale cui il vigente ordinamento attribuisce, in modo specifico, compiti di natura ispettiva; le stesse direzioni esercitano le attività istruttorie connesse con l'esercizio dei poteri sostitutivi e quelle strumentali per l'adozione dei provvedimenti d'urgenza ai sensi dell'articolo 117 del predetto decreto legislativo."

interamente impegnati e pagamenti per 12,5 mld (erano presenti 2,9 mld di residui iniziali), con 0,3 mld di economie.

Particolarmente significativa è la categorie economiche 4 “trasferimenti correnti ad amministrazioni pubbliche”, che, con 1.080,2 mld di stanziamenti definitivi, evidenzia un rilevante ruolo del dicastero nel sistema del S.S.N.. La composizione di tale aggregato, interamente impegnato nell’anno, è riferibile per 477,2 mld di trasferimento alle amministrazioni centrali (391,7 mld agli enti di ricerca e 85,5 mld ad enti produttori di servizi assistenziali, ricreativi e culturali) e per 603 mld alla categorie economiche 4.2 amministrazioni locali (con 62,8 mld destinati alle Regioni e 540,2 mld ad enti produttori di servizi sanitari). Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 1.571,9 mld (per 491,8 mld di residui iniziali), con a.c. di 1.139 mld, sono stati eseguiti pagamenti totali per 1.036,3 mld, con ben 512,5 mld (erano 471,5 mld nel 2000), di residui totali a fine esercizio. Si tratta in buona parte dei residui per la ricerca commentati nel paragrafo successivo.

La voce trasferimenti correnti a famiglie ed istituzioni sociali private (comprensiva di due sottovoci: altre prestazioni, con 136,3 mld, e trasferimenti di assistenza sociale, con 194,6 mld) espone un totale di 330,9 mld, in larga parte impegnati. Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 439,3 mld (per 108,5 mld di residui iniziali) con autorizzazioni di cassa di 399,3 mld, sono stati eseguiti pagamenti totali per 374,5 mld, con ben 71,2 mld di residui totali a fine esercizio. Marginale è il ruolo della categoria economica “trasferimenti correnti ad imprese” con circa 1 mld, in larga parte impegnato e pagato nell’anno. Maggiormente significativa è la categoria economica “trasferimenti correnti all’estero”, con 48,8 mld, anch’essi quasi interamente impegnati e pagati nell’anno. I 52 mld ascritti alla categoria economica altre uscite correnti anche se interamente impegnati non risultano pagati nell’anno (le autorizzazioni di cassa erano solo per 1,1 mld) transitando a residui.

Le voci su descritte attengono al titolo I. Per il titolo II (spese in conto capitale): rilevano le seguenti voci nel bilancio del ministero.

Gli “investimenti fissi lordi ed acquisti di terreni”, mostrano 20,2 mld di stanziamenti e pari a massa impegnabile, sulla risultano solo 1,4 mld di impegni sulla competenza. Analogo è l’andamento riferito alla gestione di cassa; sulla massa spendibile, pari a 21,5 mld (per 1, 2 mld di residui iniziali), con autorizzazioni cassa di 12,7 mld sono stati eseguiti pagamenti totali per 1,2 mld, con ben 18,5 mld di residui totali a fine esercizio.

L’altra categorie economiche di maggiore consistenza per il ministero, insieme alla già analizzata categorie economiche “trasferimenti correnti ad amministrazioni pubbliche”, è quella

denominata “contributo agli investimenti”, con 780 mld nelle previsioni definitive; essa evidenzia, con 1.470,1 mld (erano 406,5 mld nel 2000), di residui iniziali di stanziamento una massa impegnabile pari a ben 2.250,1 mld, sulla quale risultano solo 218,5 mld di impegni totali (216,5 sui residui e 2 sulla competenza), con ben 1.625,3 mld di residui finali di stanziamento. Si tratta per la gran parte della categorie economiche 22.2.1 (Regioni), cui sono riferiti i contributi per la riqualificazione dell’offerta sanitaria. Nella gestione di cassa, sulla massa spendibile, pari a 2.334,7 mld (per 1.554,7 mld di residui iniziali), con una ben più ridotta autorizzazione di cassa (847,5 mld) sono stati eseguiti pagamenti totali per soli 30,6 mld, con ben 1.897,7 mld di residui totali a fine esercizio, dei quali solo 272 propri.

3.4 L’analisi per funzioni.

Sulla base dell’analisi per funzioni risulta evidente che la gran parte delle risorse del dicastero sono aggregate nella divisione 7 (sanità); le stesse assegnazioni della divisione 4 (affari economici) sono da imputare in gran parte, per i trasferimenti destinati all’ISPELS, destinati al finanziamento di ad attività omologative e di sicurezza proprie dell’istituto

Nella tabella esposta sono rappresentate le risultanze riferite al primo dei livelli di classificazione della COFOG (divisioni), relative al ministero della salute.

Alla divisione 7 sanità, il ministero della salute partecipa con 2.958,1 mld (erano 3.154,5 mld nel 2000) di stanziamenti definitivi di competenza, che rappresentano naturalmente la quasi totalità delle risorse dell’intero ministero, anche se, raffrontati all’intera divisione 7 del bilancio statale (32.861,4 mld) ne costituiscono solo una componente minoritaria, a fronte delle risorse allocate nello stato di previsione del ministero dell’economia e finanze, più diffusamente analizzato nel capitolo sulla Governance ⁵⁹.

Tale funzione è suddivisa in voci tra le quali le più consistenti sono rappresentate

- dalla “sanità non altrimenti classificabile” (412,2 mld);
- dai “servizi di salute pubblica” con 1.510,8 mld (erano 1.823,3 nel precedente esercizio);

⁵⁹ Concorrono alla formazione della citata divisione, oltre alle risorse iscritte negli stati di previsione del ministero dell’economia e finanze della salute ampiamente illustrate nel vol. I, altre risorse destinate a funzioni di IV livello, rinvenibili in altri ministeri si tratta della F.O. 7.3.1.1. Sanità militare a relativa al Ministero della difesa; della F.O. 7.4.1.4., assistenza sanitaria ai detenuti, nello stato di previsione del Ministero della giustizia; della F.O. 7.4.1.5 prestazione di servizi di prevenzione ed assistenza sanitaria diretta che vede oltre agli stanziamenti del Ministero della salute, stanziamenti nel bilancio del Ministero delle infrastrutture e trasporti, della F.O. 7.4.1.6 regolamentazione e vigilanza in materia sanitaria, del ministero della difesa destinati anche al funzionamento dei nuclei antisofisticazione. Sono altresì da segnalare le risorse del ministero dei trasporti e delle infrastrutture che concorrono alla funzione realizzazione e interventi finanziari per l’edilizia sanitaria, con risorse destinate alla “realizzazione e interventi finanziari per l’edilizia sanitaria a seguito di calamità” (7.6.1.3).

- dalla “ricerca e sviluppo in sanità” (898 mld) (nella quale sono ricompresi anche i trasferimenti all’Istituto superiore di sanità ed all’Ispesl).

Attesa la scarsa significatività, accentuata per la divisione VII, della sola disarticolazione in gruppi e classi (che nella fattispecie ripropone analoghe denominazioni al II e III livello), si ripropone, come per i precedenti esercizi una lettura in chiave funzionale maggiormente rappresentativa (IV livello).

Nell’analisi finanziaria sono esposte le risultanze delle 12 funzioni obiettivo della divisione 7 attribuite al ministero.

Al secondo livello (gruppo), della classificazione funzionale 7.1 denominato "prodotti apparecchiature e dispositivi medicali" fa riferimento, come evidenziato dalla tabella suesposta, la sola funzione obiettivo "prodotti farmaceutici e farmacovigilanza", per la quale sono assegnati stanziamenti complessivi pari a 137,1 mld nel 2001 (erano 44,1 mld nel 2000) dei quali ben 81,3 sul capitolo per interventi 2031 (acquisto, detenzione e smaltimento di materiale profilattico). Oltre tali ultime risorse destinate ad interventi, significative appaiono, in particolare, sia le spese per ispezioni agli stabilimenti di cui al capitolo 2811 (9,5 mld interamente impegnati e rimasti da pagare), sia le risorse destinate dal cap. 2822 al personale esterno per il controllo sull’impiego dei medicinali e al monitoraggio della spesa sanitaria (5 mld, dei quali 1,5 impegnati e 3,4 passati in economia) e le risorse destinate al funzionamento dell'Osservatorio nazionale sull'impiego del farmaco (8 mld, interamente impegnati e passati ai residui). Sulla massa impegnabile, pari a 141,9 mld, gli impegni totali sono risultati pari a 131,6 mld (92,7% della massa impegnabile); dei 150,7 mld della massa spendibile su 142,7 mld di autorizzazioni di cassa risultano pagamenti totali per 116,3 mld (81,5% delle autorizzazioni di cassa e 77,2% della massa spendibile).

Al gruppo 7.4 "servizi di salute pubblica" a cui fa riferimento l'omonimo terzo livello di classificazione 7.4.1 "servizi di salute pubblica", risultano riconducibili nel ministero 5 funzioni obiettivo, con stanziamenti complessivi pari a 1.510,8 mld (erano 1.823,3 nel 2000).

Nella prima delle funzioni “trasferimenti per la prevenzione sanitaria e i servizi di salute pubblica” rileva il capitolo 7560 con le somme destinate ad interventi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle grandi città con stanziamenti pari a 700 mld, impegni per 293 mld e ben 406,4 mld di economie. Il capitolo che già nel precedente esercizio mostrava una limitata capacità di impegno (su di una massa spendibile di 1.100 mld risultavano solo 15 mld di impegni tutti sulla competenza), anche per il 2001 vede le risorse non utilizzate: infatti dei 1.087, 2 mld di residui solo 2,2 risultano pagati, mentre se si aggiungono i 293 mld di residui sulla competenza il capitolo espone complessivamente ben 1.378,6 mld di residui a fine esercizio. Per l’intera funzione,

a fronte di una massa impegnabile pari a 2.318,6 mld, si sono effettuati impegni totali per 535,6 mld con un rapporto con la massa impegnabile del 23,1%. La massa spendibile, con ben 1.266,2 mld di residui ad inizio esercizio, ascende a 2.457,7 mld, con autorizzazioni di cassa per 1.049,3 mld (42,7% della massa spendibile) e soli 479,2 mld di pagamenti totali (19,5% della massa spendibile e 45,7% delle autorizzazioni di cassa). Notevoli sono i residui totali, pari a 1.574,2 mld (nel 2000 erano 1.291,8 mld, sui quali incidono notevolmente le risorse non utilizzate del già citato capitolo 7560), con un ridotto indice di smaltimento dei residui (7,5%), con soli 94,7 mld pagati su di un totale di 1.266,2 ad inizio esercizio. Peraltro, come più diffusamente rappresentato in appendice si tratta della erogazione di risorse differenziate, ed a cui si correlano, misure programmatiche che si innestano in un più complesso sistema di livelli decisionali ed attuativi.

Sono altresì da segnalare le assegnazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, con 119,6 mld del capitolo 1620 (erano 163 nel 2000), per l'assistenza sanitaria al personale navigante, agli stranieri e profughi, con 34 mld del capitolo 1606 (erano 32,8 nel 2000), per l'indennizzo ai soggetti danneggiati da complicanze a seguito di trasfusioni con 136,3 mld del capitolo 1586 (erano 221,4 mld nel 2000). Altre risorse concernono l'istituzione di centri interregionali di trapianti nelle Regioni e Province autonome (16,9 mld del capitolo 1622); interventi anti AIDS (10,1 mld sul capitolo 1800), i trasferimenti alla CRI (71 mld di cui al capitolo 3231). Nella funzione 7.4.1.5 "prestazioni di servizi di assistenza sanitaria diretta" sono individuate risorse utilizzate dal ministero per fornire a particolari categorie di soggetti i servizi di diretta assistenza sanitaria erogati al di fuori del S.S.N.⁶⁰. Le risorse complessivamente impegnate per tale funzione sono pari a 79,3 mld, dei quali 45,1 di "funzionamento" e 47,1 di "intervento", fra i quali 2,8 mld destinati alla costituzione dei centri di pronto soccorso nei porti ed aeroporti e confine, e 24 mld per l'assistenza sanitaria al personale navigante. Sulle risorse destinate a quest'ultima finalità, interamente impegnate, si registrano pagamenti (22,5 mld), che coprono quasi l'intera competenza. La massa impegnabile della funzione, pari a 85 mld, risulta impegnata per 76,8 mld (99,3% del totale), mentre sulla massa spendibile, pari a 92,9 mld, attesa la presenza ad inizio esercizio di 13,5 mld di residui, con autorizzazioni di cassa per 81,7 mld (88% della massa spendibile), i pagamenti totali sono stati pari a 73,1 mld (89,5% delle autorizzazioni di cassa e 78,8% della massa spendibile).

Per la funzione 7.4.1.6 "regolamentazione e vigilanza in materia sanitaria", dei 83,2 mld stanziati, 71,8 mld sono destinati al personale e ai beni e servizi. La massa impegnabile

⁶⁰ Alla f.o. 7.4.1.5 "prestazione di servizi di prevenzione ed assistenza sanitaria diretta" concorrono oltre agli stanziamenti del Ministero della sanità, 1,1 mld nel bilancio del Ministero dei trasporti e 60, 3 mld nel Ministero della difesa, che uniti ai 15, 3 mld di residui portano la massa spendibile complessiva a 76,7 mld, con 59,1 mld di pagamenti totali (77% della massa spendibile), dei quali 47 solo su competenza.

complessiva, pari a 90,6 mld (alla competenza si aggiungono 7,4 mld di residui di stanziamento) risulta impegnata per soli 78,3 mld, quasi interamente riconducibili a beni e servizi (56,6 mld). Sulla massa spendibile, pari a 105 mld (per i 21,8 mld di residui iniziali) con autorizzazioni di cassa per 94,5 mld (89,9% della massa spendibile), i pagamenti totali sono pari a 63,2 mld. Gli indici sono, dunque, nel complesso pari al 62% della massa spendibile e al 69% delle autorizzazioni di cassa⁶¹.

La funzione denominata "formazione per le professioni sanitarie" presenta, su complessivi 12,2 mld di stanziamenti, 175,2 di massa impegnabile, anche a causa della presenza di residui di stanziamento sul capitolo 3222 (somme per attività formative di alta specializzazione) per 100 mld; gli impegni totali sono pari a 92,8 mld, mentre sulla massa spendibile di 136 mld, (con residui iniziali di 123,8 mld) con 55,2 mld di autorizzazioni di cassa (40,6% della massa spendibile), risultano 30,9 mld di pagamenti totali (22,7% della massa spendibile).

Le risorse destinate alle campagne di "educazione ed informazione sanitaria", sono pari a 144,5 mld, dei quali 85 destinati specificatamente all'educazione sanitaria (35 mld del capitolo 2858 per le campagne svolte tramite le ASL, interamente impegnati, dei quali 25,4 pagati e altri 50 destinati alle Regioni in un capitolo multioggetto (2855), impegnati e non pagati. Per tale funzione sulla massa impegnabile pari a 146,4 mld (erano presenti residui di stanziamento per 1,8 mld) risultano 135,4 mld di impegni totali (92,5% della massa impegnabile).

Particolarmente significativa, sia nei profili qualitativi che quantitativi, è la ricerca in sanità, che nella classificazione COFOG, assume la medesima denominazione nel gruppo "Ricerche e sviluppo per la sanità" e nella classe di riferimento. All'interno di questi macroaggregati due sono le funzioni obiettivo che si differenziano per il settore di intervento.

Per la "ricerca in materia di sanità pubblica", nella quale sono individuate le risorse destinate alla ricerca sanitaria, costituita da trasferimenti per gli Istituti che svolgono attività di ricerca, (I.S.S., l'ISPELS e IRCCS), gli stanziamenti definitivi di competenza, pari a 863,2 mld ed i residui di stanziamento (47,3 mld), elevano la massa impegnabile a 910,5 mld. Gli impegni totali sono stati pari a 814,2 mld (89,4%), mentre sulla massa spendibile che per la presenza di ben 547,4 mld di residui ad inizio esercizio, ammonta a 1.410,6 mld, con 988,2 mld di autorizzazioni di cassa (70% della massa spendibile) risultano solo 811,7 mld di pagamenti (57,5% sulla massa spendibile e 82,1% sulle autorizzazioni di cassa, mentre nel 2000 gli indici erano 62% sulla massa spendibile e 76% sulle autorizzazioni di cassa). I residui totali della funzione sono dunque pari a 578 mld. Ad una più approfondita analisi di dettaglio, due sono i

⁶¹ Alla F.O. 7.4.1.6 regolamentazione e vigilanza in materia sanitaria, concorrono nell'intero bilancio dello stato 77,5 mld del Ministero della difesa destinati anche al funzionamento dei nuclei antisofisticazione.

settori nei quali elevata è la presenza dei residui: si tratta delle risorse destinate agli IRCCS per la ricerca corrente e di quelle destinate alla ricerca finalizzata per l'attuazione degli obiettivi prioritari del P.S.N.. La Corte ha più volte evidenziato la costante difficoltà di utilizzare in corso d'esercizio i fondi destinati ai programmi di ricerca. L'intera problematica è stata di recente affrontata dalla Sezione del controllo che, con deliberazione depositata il 19 febbraio 2002 ha confermato le discrasie già emerse nel passato. Esaminando ampiamente l'intero settore della ricerca finanziata attraverso l'1% del FSN in favore degli IRCSS, IZS, dall'ISS e dall'ISPESL, la Corte ha in particolare evidenziato ancora un certo grado di vischiosità nelle procedure di gestione delle risorse assegnate, con conseguenti rallentamenti nel perseguimento dei programmi, pur prendendo atto di un significativo miglioramento nell'attività di programmazione e di controllo dei risultati da parte dell'amministrazione centrale. E' stato a tal fine avviato un programma informatizzato di collegamento tra Ministero ed Istituti, al fine di monitorarne costantemente i dati strutturali e funzionali, attivando un controllo che ha portato anche ad interruzione di finanziamenti in caso di accertate irregolarità, in base agli art. 30 e 31 d.lgs. n. 617 del 1980. Sotto il profilo più squisitamente contabile e gestionale è stato rimarcato il fenomeno della utilizzazione delle risorse in tempi ben diversi da quelli originariamente previsti, anche per la possibilità consentita dalla norma di riutilizzare negli esercizi successivi come "economie di gestione" le risorse assegnate nell'anno di competenza. Analogamente è stato rilevato per la ricerca corrente l'elevata percentuale della spesa per il personale.

Agli IRCCS risultano destinati per l'attività di ricerca corrente stanziamenti pari a 362,2 mld (capitolo 3221 con un aumento di 1,9 mld rispetto al 2000), interamente impegnati; risultano effettuati pagamenti per 235,8 mld sulla competenza e 123,9 mld sui residui (erano presenti ad inizio esercizio 123,9 mld di residui), con 126,4 mld rimasti da pagare e 5,4 mld di economie. Per la ricerca finalizzata (di cui al capitolo 3220), i 13,3 mld stanziati risultano interamente impegnati, e i pagamenti totali, data anche l'elevata presenza di residui iniziali (44,6 mld), ammontano a 33 mld. Per quanto riguarda le risorse destinate alla ricerca finalizzata per l'attuazione degli obiettivi prioritari del PSN, di cui al cap. 2760, i 117,2 mld di stanziamento, risultano interamente impegnati, mentre non risultano effettuati pagamenti, con la conseguente formazione di una non indifferente massa di residui, alimentata tra l'altro dalla presenza di residui del precedente esercizio (166,1 mld, dei quali solo 66,2 pagati) per complessivi 217,1 mld. Si deve altresì segnalare che i 48 mld di investimenti per l'acquisto di apparecchiature per la ricerca scientifica per gli IRCCS, di cui al capitolo 7621, pur se impegnati, non risultano pagati, contribuendo ad elevare i residui totali a

fine esercizio a 145,9 mld (erano presenti 115,4 mld di residui dei quali solo 17,5 pagati in corso del 2001).

Dei trasferimenti all'ISS⁶², contabilizzati alla funzione ricerca, figurano impegnati tutti i 243,1 mld stanziati, mentre sono stati effettuati pagamenti per 269,8 mld; i residui ammontano a 10,9 mld (tutti dalla competenza); per l'ISPELS i 65,5 mld stanziati (quali quota parte dei trasferimenti complessivi destinati alla ricerca), risultano interamente impegnati, con 64,6 mld di pagamenti e 0,9 mld di residui⁶³.

La "ricerca in materia di sanità pubblica veterinaria" vede 34,8 mld di stanziamenti di competenza, con 36,1 mld di massa impegnabile, quasi interamente impegnati, mentre sulla massa spendibile, pari a 86,8 mld (erano presenti 52 mld di residui) le autorizzazioni di cassa sono state di 42,1 mld (48,5% della massa spendibile); i pagamenti totali ammontano a 18,4 mld (2,6 mld sulla competenza e 15,8 sui residui) ed i residui a 54,2 mld, dei quali 30,8 sulla competenza. Sono dunque insoddisfacenti gli indicatori sia con riguardo alla massa spendibile (21,1%) che alle autorizzazioni di cassa (43,7%). Si possono disaggregare per tale funzione le risorse destinate agli I.Z.S. per la ricerca corrente, finalizzata e per l'acquisto di apparecchiature per la ricerca.

Per la prima delle finalità, i 28 mld (erano 26 nel 2000), di stanziamenti di cui al capitolo 2617, risultano interamente impegnati, (erano presenti 37,1 mld di residui, dei quali 13,2 pagati in corso di esercizio, 12,8 rimasti da pagare e 11 transitati in economia); risultano 12,8 mld di pagamenti (solo sui residui) con un conseguente accumulo di 40,8 mld di residui totali. Per la ricerca finalizzata di cui al capitolo 2615, non risultano stanziamenti definitivi mentre sui 7,2 mld di residui risultano pagamenti per 1,7 mld, con 2,5 mld rimasti da pagare e 3 mld di economie.

Dal lato della spesa per investimenti i 2 mld (erano 4,9 nel 2000), destinati all'acquisto di attrezzature di ricerca (capitolo 7081), risultano interamente impegnati, e non pagati, mentre sui 6,7 mld di residui ad inizio esercizio non risultano pagamenti, con un accumulo di residui totali per 8,7 mld (erano 6,7 nel 2000).

Come già rilevato nella precedente relazione per il gruppo 7.6.1 "sanità non altrimenti classificabile" lo schema COFOG prevede una classe con analogo denominazione; all'interno della stessa sono state identificate 4 funzioni obiettivo relative al ministero, che assumono un carattere significativo rispetto alla natura residuale della classificazione internazionale.

⁶² Si ricorda che con d.P.R. 20 gennaio 2001, n. 70 è stato disposto il riordino dell'Istituto Superiore di Sanità, in attuazione dell'art. 9 del d.lgs. n. 419 del 1999, che prevede, nel riassetto del sistema degli enti pubblici, una specifica trasformazione dell'ISS e dell'Ispeis.

⁶³ Al riguardo va peraltro precisato che le somme così risultanti figurano interamente impegnate in quanto trasferite negli autonomi bilanci degli Istituti.

In particolare nella funzione obiettivo 7.6.1.1 “Programmazione e regolamentazione delle politiche sanitarie nazionali – rapporti internazionali. Politiche contrattuali del personale sanitario”, si concentrano le risorse per il funzionamento delle strutture di programmazione della politica sanitaria nazionale e di coordinamento con il sistema del servizio sanitario nazionale, anche in relazione alle competenze centrali in materia di personale del S.S.N.⁶⁴. Su tali risorse, complessivamente pari a 115,2 mld, risultano impegni totali per 104,8 mld (85,6 % della massa impegnabile). Sulla massa spendibile, di 124,6 mld (erano presenti ad inizio esercizio 9,4 mld di residui), con autorizzazioni di cassa per 121,7 mld, i pagamenti totali sono stati pari ad 86,5 mld (69,4% della massa spendibile e 97,6% delle autorizzazioni di cassa).

Alla F.O. “Rilevazione, analisi e monitoraggio nella sanità pubblica”, i 116,8 mld di stanziamenti, quasi integralmente impegnati, con una massa spendibile di 257,3 mld, sulla quale risultano solo 97,6 mld di pagamenti dei quali 50 sulla competenza (89,9% sulla massa spendibile), si riconducono in misura largamente maggioritaria alle risorse per il Sistema informativo, allocate sul capitolo 2750. Dai dati contabili emerge per tale capitolo che a fronte di 87,2 mld (erano 102,4 mld nel 2000), di stanziamenti, interamente impegnati, sono stati pagati 32,8 mld, con 54,3 mld rimasti da pagare; sui 138,8 mld di residui presenti ad inizio esercizio risultano pagamenti per 46,5, con 85,4 mld rimasti da pagare e 6,9 mld andati in economia.

Per la "sanità veterinaria", con 147,7 mld di stanziamenti di competenza e 152,5 mld di massa impegnabile (erano presenti 4,8 mld di residui di stanziamento), risultano 142 mld di impegni totali (93,1% della massa impegnabile); sulla massa spendibile di 165,7 mld (con 18 mld di residui ad inizio esercizio), con 131,4 mld di autorizzazioni di cassa, risultano 111 mld di pagamenti totali (67% della massa spendibile e 84,4% delle autorizzazioni di cassa).

La funzione "realizzazione e interventi finalizzati per l'edilizia sanitaria" ricomprende le risorse del Ministero destinate alla realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa dei pazienti e dei loro familiari.

Tali risorse si rinvencono nel capitolo 7580 del ministero, con 30 mld di stanziamenti di competenza, tutti passati a residui; sugli elevati residui iniziali, pari a 340 mld, risultano pagamenti per soli 10,8 mld, con un conseguente accumulo di residui per oltre 359 mld. Le scansioni procedurali di tali programmi sono più ampiamente riferite nel capitolo della relazione relativo ai riflessi più squisitamente contabili (auditing) e nella appendice dedicata alla programmazione ed i finanziamenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria e gli investimenti.

⁶⁴ Tra gli interventi si segnala il contributo all'Organizzazione mondiale della sanità.

APPENDICE

1. Sistema informativo e monitoraggio della spesa.

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.*

1. Sistema informativo e monitoraggio della spesa.

La Corte ha, nelle annuali relazioni sul rendiconto generale dello Stato e nello specifico referto sull'informatizzazione della P.A., più volte evidenziato la necessità di riallineare il sistema informativo alle esigenze conoscitive poste da un modello policentrico ed a forte componente autonomistica, sia per corrispondere alle esigenze di una corretta azione programmatica che per l'adozione di misure perequative⁶⁵, che hanno assunto maggiore spessore alla luce del federalismo fiscale e delle nuove formulazioni del titolo V della Costituzione.

L'esigenza di assicurare una corretta e tempestiva conoscenza dei dati e dei flussi informativi del sistema, coerente alla espansione dei meccanismi, anche fiscali, propri di un ordinamento che evolve in senso autonomistico e federale, costituisce infatti uno dei più significativi obiettivi da conseguire anche in relazione alla attivazione dei trasferimenti interregionali finalizzati a garantire, tra l'altro, il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza.

⁶⁵ Il rilievo strategico della funzione informatica nel sistema sanitario trova anche sul versante organizzativo un preciso elemento: va segnalato che in base al d.P.R. 7 dicembre 2000, n. 435 le funzioni in discorso (prima accorpate tra quelle dell'ex Dipartimento per la programmazione), sono affidate ad una nuova direzione generale, che ha competenza nella individuazione dei fabbisogni informativi non solo del Ministero, ma dell'intero Servizio sanitario nazionale.

Le funzioni di conoscenza e riaggregazione dei dati, premessa per una valutazione comparata delle diverse realtà gestionali e dei modelli operativi e di una azione di sostegno, supporto al riallineamento con i valori di riferimento generali, ed agli indirizzi ed alle linee programmatiche - da tempo indicate dalla Corte come qualificanti le strutture centrali, da espletarsi con il concorso dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali e sulla base degli indirizzi della Conferenza Stato-Regioni - rappresentano le direttrici comuni già sottese alla disciplina del Patto di stabilità introdotto dall'art. 28 della legge n. 448 del 1998 ed a quella del c.d. federalismo fiscale.

In tale contesto, riveste peculiare rilievo la acquisizione ed elaborazione dei dati informativi nei diversi livelli (locale, regionale e nazionale), del S.S.N., ed in particolare in quello territoriale, dove operano le aziende, territoriali ed ospedaliere in cui è più evidente la coerenza tra risultanze e fenomeni gestionali sottesi. Sulla base del d.m. 12 dicembre 2001, il flusso informativo si fonda sulla raccolta dei dati di base correnti, effettuata dalle aziende e da queste trasmesse alle Regioni, con una diretta responsabilizzazione dei direttori generali delle aziende in ordine alla corretta rilevazione e tempestiva trasmissione dei dati. L'aggregazione e l'elaborazione delle informazioni trovano uno snodo fondamentale al livello di amministrazioni regionali, che trasmettono i dati al Ministero della salute, con cadenza annuale, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, secondo le modalità tecniche previste dal sistema informativo sanitario, dopo avere proceduto alla loro validazione. A sua volta il Ministero adotta modalità standardizzate per il controllo della qualità dei dati trasmessi e per l'invio alle stesse Regioni delle informazioni risultanti da tale attività, a seguito delle quali può chiedere ad esse l'effettuazione di una ulteriore verifica dei dati⁶⁶.

Di particolare rilievo è la previsione che il Ministero della salute - attraverso metodologie e modalità attuative approvate d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni - effettua con le stesse Regioni, l'individuazione dei parametri non rispettati, ai fini dell'adozione delle raccomandazioni correttive e delle forme di sostegno previste dal comma 3 dell'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56. A tal fine è necessaria un'interpretazione integrata e complessiva del sistema degli indicatori, tenendo conto dei parametri di riferimento. Per l'effettuazione di specifiche indagini sono previsti anche accordi tra Ministero e Regioni al fine

⁶⁶ Gli indicatori calcolati, compresa la stima della qualità dei dati di base ad essi relativi e i parametri di riferimento sono pubblicati, annualmente, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento, dal Ministero della salute in uno specifico rapporto nazionale, di cui è data diffusione pubblica. Per il primo anno di applicazione, la fase di pubblicizzazione è limitata alle sole istituzioni regionali. Nel rapporto sono incluse descrizioni dei dati e degli indicatori mentre sono escluse valutazioni di merito e graduatorie sintetiche basate sull'aggregazione degli indicatori.

di ottenere le informazioni necessarie alla valutazione di aspetti dell'assistenza non sufficientemente analizzabili con gli attuali flussi informativi.

Con riferimento alle modalità di acquisizione dei dati relativi al conto economico delle aziende asl ed ospedaliere, va ricordato che nell'anno è stato emanato il d.m. 16 febbraio 2001, successivamente modificato con d.m. 28 maggio 2001 (adottati in attuazione della esplicita previsione contenuta nell'art. 1, commi 4 bis e 4 ter della legge n. 127 del 2001), in base a cui sono trasmesse trimestralmente al Ministero della salute i dati relativi ai costi ed ai ricavi aziendali, rilevati attraverso un apposito modello, con evidenziazione delle poste relative alle valutazioni di fine esercizio (G.U. n. 85 del 18 aprile)⁶⁷.

In tale contesto si colloca la complessa vicenda gestionale relativa al SIS, che si avvia finalmente a definizione. La Corte aveva al riguardo evidenziato le criticità principali del precedente sistema: l'aver privilegiato l'informatizzazione dei processi relativi all'attività del ministero rispetto alle esigenze proprie di un assetto policentrico del S.S.N., che garantisca la circolarità delle informazioni tra i diversi soggetti del sistema e nello stesso tempo una lettura e ricomposizione unitaria dei flussi finanziari e gestionali; l'insufficiente raccordo tra dati di ordine squisitamente finanziario e fenomeni gestionali sottesi, al fine di consentire, oltre che ad una migliore attività di indirizzo ai diversi livelli di governo, l'adozione di misure migliorative delle performance operative. Nella costruzione del nuovo sistema particolare importanza dovrà essere data alle modalità di adeguamento delle strutture, con il coinvolgimento attivo ed il raccordo delle articolazioni centrali e regionali per poter garantire, nel rispetto delle autonomie organizzative, la realizzazione di modalità di gestione integrate, fondate sulla cooperazione dei diversi centri operativi. Nel registrare finalmente per questi temi - strategici nel quadro evolutivo del sistema - una prioritaria attenzione nelle sedi istituzionali, ne vanno dunque attentamente monitorate le fasi di attuazione.

Le indicate priorità di monitoraggio del sistema hanno oggi assunto specifica valenza sia nelle misure concordate in sede di conferenza Stato-Regioni⁶⁸, che nella successiva normativa.

⁶⁷ Nella stessa linea si pone il d.m. 31 febbraio 2001, relativo allo specifico monitoraggio degli indicatori clinici dei medicinali erogati dal SSN ai sensi della legge n. 648/1996 (Medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati od in corso di sperimentazione, ovvero da impiegare per una indicazione diversa da quella autorizzata).

⁶⁸ In particolare, nell'accordo del 3 agosto 2000, ripreso nell'art. 87 della legge finanziaria 2001, dedicato al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, si era previsto un sistema di rilevazione in grado di interconnettere medici ed operatori sanitari ai Ministeri della sanità, del tesoro, bilancio e p.e., alle Regioni, alla Conferenza Stato-Regioni, alle aziende sanitarie. Con l'accordo tra i Ministri del tesoro, bilancio e programmazione economica, della sanità e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 marzo 2001, che integra l'accordo sancito dalla Conferenza il 3 agosto 2000 si è disposta l'attivazione di un tavolo di monitoraggio congiunto da parte del Tesoro, della Sanità, delle Regioni e Province autonome e con il supporto della Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) per la attivazione di un congiunto "tavolo di monitoraggio" per

Nell'accordo dell'8 agosto 2001 Governo e Regioni si erano impegnati, in sede di prima applicazione dei nuovi LEA, ad attivare un tavolo di monitoraggio e verifica, presso la Segreteria della Conferenza tra Ministeri della salute e dell'economia e le Regioni e le Province autonome, con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali – anche ad integrazione di quanto previsto dall'art. 19-ter del richiamato decreto legislativo n. 229 del 1999 – sui livelli effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, articolati per fattori produttivi e responsabilità decisionali, al fine di identificare i determinanti di tale andamento, a garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare Governo e Regioni si erano impegnati a valutare congiuntamente, in tale sede, gli effetti degli interventi concordati ai fini del controllo della spesa per la farmaceutica, per gli altri beni e servizi e per il personale⁶⁹, sui quali si incentrano le maggiori preoccupazioni di tenuta degli equilibri finanziari.

Le precedenti disposizioni normative e pattizie sono riprese e precisate dall'articolo 2 della legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione del d.l. 18 settembre 2001 n. 347, che prevede l'adozione da parte delle Regioni delle misure necessarie al monitoraggio, con la previsione di eventuali sanzioni per i soggetti inadempienti che abbiano effettuato prescrizioni in misura superiore al livello appropriato. Le stesse Regioni garantiscono la standardizzazione dei dati e la interoperabilità delle soluzioni tecnologiche adottate con quelle che verranno definite nell'ambito del nuovo sistema informativo nazionale. Viene assicurata la disponibilità delle informazioni, anche per via telematica, da parte delle amministrazioni centrali (Ministeri della salute, dell'economia e delle finanze, Dipartimento affari regionali della P.C.M.). La stessa norma dedica particolare attenzione a due settori critici della spesa sanitaria, quella per gli acquisti di beni e servizi - per i quali le Regioni attivano sistemi informatizzati e realizzano uno specifico Osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria, rendendo disponibili i relativi dati su un apposito sito internet – e quella del personale, compresa la dirigenza sanitaria. In tale contesto evolutivo riveste, infatti, primario spessore la tempestiva e corretta conoscenza dei dati,

sottoporre a verifica l'evoluzione della spesa soprattutto nei settori della spesa farmaceutica e specialistica convenzionata; della spesa per i contratti e le convenzioni; di quelle per l'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati religiosi, gli I.R.C.C.S., la componente universitaria delle aziende miste e dei policlinici; le spese sanitarie a rilevanza sociale. A tale verifica erano subordinate le modalità di copertura degli eventuali maggiori oneri emergenti.

⁶⁹ A tale proposito è utile ricordare che il costo del personale rappresenta la voce più consistente nella composizione della spesa sanitaria corrente. Il maggior tasso di crescita si è realizzato negli anni 1995-1997, passando da 39.589 miliardi a 47.298 miliardi e con peso percentuale sul totale dal 42,5% al 43,2%. L'anno 1998 registra il positivo esito delle disposizioni recate dalla legge n. 662/1996 sul blocco delle assunzioni del comparto sanità e dell'assenza di rinnovi contrattuali con conseguente flessione della spesa (di circa 2.000 miliardi; - 4,5%), che evidenzia un successivo rialzo nel '99. Sul 2000 e 2001 esplicano effetti di incremento gli intervenuti accordi contrattuali, in ordine ai quali era stata puntualmente raccomandata dalla Corte l'esigenza di attento monitoraggio da parte del Governo e delle stesse Regioni.

funzionale sia alla riprogrammazione delle risorse, che alla adozione di misure correttive ed alla esplicazione della tornata contrattuale su più sicure basi di riferimento. Le non salde basi informative hanno, infatti, come evidenziato nelle concrete fattispecie venute all'esame della Corte, decisive implicazioni sul versante della contrattazione collettiva.

E' al riguardo da segnalare la nuova impostazione accolta nel citato accordo, nel quale, in particolare le parti si erano impegnate, in vista di una più efficace ed efficiente programmazione e gestione degli incrementi contrattuali a dare indicazioni al Comitato di Settore affinché le risorse finalizzate ai rinnovi, nell'ambito del complessivo finanziamento della spesa sanitaria, si fondassero di concerto con le parti sociali, su due livelli di negoziazione: l'uno centrale, per le risorse finalizzate alla tutela del potere di acquisto del personale dipendente così come definito nell'Intesa sul costo del lavoro del 23 luglio 1993; l'altro regionale/aziendale, per le risorse rivolte alla remunerazione degli incrementi di produttività o al raggiungimento di progetti-obiettivo. Si è dunque presa consapevolezza di una problematica già evidenziata dalla Corte, anche in sede di esame dei CCNL, ove era emersa la considerazione dell'incidenza, sulla spesa per il personale, di una pluralità di fattori solo in parte correlati alla effettiva produttività ed alla efficienza dei sistemi gestionali adottati nel quadro dell'autonomia operativa e finanziaria delle aziende sanitarie⁷⁰. L'esigenza di collegare la corresponsione di significative componenti retributive ad effettivi meccanismi di verifica delle maggiori prestazioni rese sollecita inoltre l'effettiva attivazione ed operatività dei controlli interni, con il concreto apporto della contabilità economica.

Tra agli altri più incisivi fattori produttivi della spesa del S.S.N., è espressamente richiesto, come si è detto, il monitoraggio della spesa per acquisto di beni e servizi, il cui ridimensionamento era già stato oggetto di numerose leggi finanziarie. Ad esse si richiama l'art. 2 del d.l. n. 347 del 2001, convertito nella legge n. 405 del 2001 n base al quale le Regioni adottano le iniziative e le disposizioni necessarie affinché le aziende sanitarie ed ospedaliere, nell'acquisto di beni e servizi, aderiscano alle convenzioni stipulate ai sensi delle stesse, ovvero attivino altri strumenti di contenimento della spesa sanitaria approvati dal CIPE, su parere della Conferenza Stato-Regioni⁷¹.

⁷⁰ Ciò è emerso in particolare in occasione dell'esame dei CCNL relativi alla introduzione del part-time per la dirigenza, nel quale si è sostanzialmente rimessa - nel rispetto dei limiti rigorosamente richiamati dalle pronunce della Corte (SS.RR. n. 16 e 17 del 2001) - alle nuove e più autonome responsabilità manageriali delle aziende, la valutazione sulla concreta coerenza dei meccanismi di bilanciamento tra assunzione di nuovo personale a tempo determinato e corresponsione di incentivi alla produttività, nella utilizzazione dei risparmi conseguenti alla introduzione dell'istituto.

⁷¹ La norma affida inoltre, alla legge regionale la previsione di sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguino. Le regioni, in conformità alle direttive tecniche stabilite dal Ministro per

2. La programmazione ed i finanziamenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria e gli investimenti.

Le misure programmatiche susseguites⁷² hanno evidenziato il rilievo degli investimenti nella riqualificazione dell'offerta sanitaria, attraverso programmi speciali e straordinari, autorizzati da leggi finanziarie o da leggi specifiche, che rappresentano i principali canali di finanziamento delle spese di investimento del Servizio sanitario nazionale⁷³.

Con riguardo all'analisi delle risultanze contabili del bilancio dello Stato si segnala che la funzione 7.6.1.3 *"realizzazione e interventi finalizzati per l'edilizia sanitaria"* partecipano tre Ministeri: l'economia e finanze, i lavori pubblici e la salute. Per la stessa risultano 3.267,5 mld di stanziamenti di competenza, con una massa impegnabile di 3.608,4 mld sulla quale risultano 3.201 mld impegni totali (89% della massa impegnabile), mentre sui 8.583,9 mld di massa spendibile, risultano solo 1.413,5 mld di pagamenti totali (16%). Alla funzione partecipa il Ministero dell'economia con ben 3.170 mld di stanziamenti⁷⁴; residui (65,1 mld), appaiono le risorse assegnate al bilancio del Ministero delle infrastrutture per perseguire la funzione 7.6.1.4 *"realizzazione e interventi finalizzati per l'edilizia sanitaria a seguito di calamità"*. Per la stessa risultano 1,4 mld di stanziamenti, con una massa impegnabile di 5,6 mld quasi interamente impegnata e pagamenti totali per 1,6 mld in solo conto residui.

Come già rappresentato dalla Corte, non è agevole ricostruire l'attuazione del quadro programmatico in termini di immediata coerenza con le scansioni proprie del processo di bilancio e di connessa verifica a consuntivo delle risultanze contabili, in questa sede riferite al solo Stato, anche a fronte della ricordata complessità, in corso di ulteriore evoluzione, dei centri di spesa e dei meccanismi fiscali che presidono il settore sanitario. Nella consapevolezza del ruolo fondamentale che in materia rivestono le Regioni e la Conferenza Stato-Regioni, è stata

l'innovazione e le tecnologie, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, adottano le opportune iniziative per favorire lo sviluppo del commercio elettronico e semplificare l'acquisto di beni e servizi in materia sanitaria (e procurement). Nel monitoraggio della spesa sanitaria relativa alle singole regioni si attribuisce separata evidenza: agli acquisti effettuati al di fuori delle convenzioni e per importi superiori ai prezzi di riferimento.. Importante è il ruolo dei controlli interni: le aziende sanitarie ed ospedaliere possono infatti decidere, con proprio provvedimento, di non aderire alle convenzioni solo per singoli acquisti per i quali sia dimostrata la non convenienza: tali provvedimenti sono trasmessi al collegio sindacale ed alla Regione territorialmente competente per consentire l'esercizio delle funzioni di sorveglianza e di controllo. A livello regionale, vanno attivati sistemi informatizzati per la raccolta di dati ed informazioni riguardanti la spesa per beni e servizi e realizzato l'Osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria, i cui dati vanno resi disponibili su un apposito sito internet.

⁷² Anche nel documento di programmazione economico-finanziaria 2001-2004 particolare attenzione è data al rilancio della edilizia sanitaria.

⁷³ Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale, fissato dalla legge finanziaria per l'anno 2001 in 150 miliardi, ha rappresentato negli ultimi anni una voce di finanziamento non particolarmente significativa.

⁷⁴ Si tratta in gran parte delle risorse allocate sui cap. 8541.