

della lettura delle serie storiche, l'importo, peraltro consistente, e che si rapporta all'esercizio di compiti di diretta amministrazione attiva, che mal si conciliano, a prescindere dall'inattuazione del disposto normativo, con le funzioni programmatiche e di indirizzo che vengono sempre più a caratterizzare la peculiarità funzionale del Ministero nell'ordinamento.

Di particolare rilievo, nell'indicato prioritario ruolo programmatico e di indirizzo, oltre che di monitoraggio dell'intero S.S.N., si qualifica la funzione-obiettivo corrispondente all'analogo centro di responsabilità (Dipartimento per la programmazione sanitaria) cui risultano attribuiti 145,9 miliardi di stanziamenti di competenza e 109,8 mld., di residui iniziali complessivi. Come già evidenziato dalla Corte in sede della relazione al rendiconto per il 1994, va peraltro evidenziata la discrasia ordinamentale esistente tra il suddetto centro di imputazione delle responsabilità programmatiche, di indirizzo, di monitoraggio, di proposta di riparto delle risorse, e la relativa conseguente allocazione essendo le stesse, come è noto, stanziare su specifici capitoli dei Ministeri del bilancio e del tesoro, ora unificati in base alla recente legge n. 94/1997. Proprio alla luce delle misure di riforma sia della struttura del bilancio, ridisegnata sulla base di funzioni-obiettivo e di un più stringente raccordo con i centri di responsabilità, che della revisione delle funzioni attribuite al C.I.P.E. (art. 7, comma 2, lett. a) ed e) si ripropone dunque in maniera più attuale il problema già segnalato dalla Corte, circa la opportunità di una riconduzione unitaria, nell'articolazione riformata del bilancio dello Stato, della spesa destinata alla sanità rispetto allo stesso centro di responsabilità cui competono le relative responsabilità programmatiche. Permangono ancora tra l'altro, proprio nella attribuzione di responsabilità del Dipartimento, voci, sia pur marginali, da riferire alla gestione dei residui, concernenti gli interventi diretti alla realizzazione dei posti letto per le malattie infettive, previsti dalla legge n. 135 del 1990 ed ora di competenza, per quanto concerne le attività propositive e gestionali, delle regioni, in base al d.l. n. 396/1993, convertito nella legge n. 492/1993.

La funzione-obiettivo "alimenti, nutrizione e veterinaria", corrispondente all'analogo centro di responsabilità, è, ora, per il 1996, denominata "nutrizione e sanità pubblica veterinaria"; una ulteriore funzione comprende, sotto la denominazione "attività di vigilanza ed ispettiva" le attività attinenti appunto alla vigilanza sugli enti, a carattere ispettivo e quella svolta dai nuclei antisofisticazione sanità ed antidroga, come si è detto, recentemente accorpate.

1.2 Le risultanze contabili per funzioni-obiettivo e centri di responsabilità

1.2.1 La disaggregazione emergente dall'incrocio tra funzioni-obiettivo e categorie economiche rivisitate, nell'analisi delle risultanze contabili, fa emergere, su un totale di assegnazioni di competenza, pari, per il 1996, a 1.596,1 mld., una quota consistente (805,2 mld.) destinata ad "interventi", ed a spese di funzionamento (785,2 mld.), mentre trascurabile appare la quota (5,7 mld.) destinata ad investimenti, con ciò confermando la tradizionale netta prevalenza, caratterizzante il bilancio del Ministero, delle spese correnti rispetto a quelle d'investimento; solo negli esercizi 1991 e 1992, come già segnalato nelle precedenti relazioni, si era registrata una diversa composizione (rispettivamente 403,7 mld. e 414,2 mld. del Tit. II), dovuta in particolare agli stanziamenti allocati nel cap. 7531 (ex 8054) e destinati alla costruzione e ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e ad altri interventi per la lotta contro l'A.I.D.S., in esecuzione della legge n. 135 del 1992. la cui gestione è ora affidata alle Regioni.⁴

Anche per il 1996 le dotazioni complessive del Ministero (1.596,1 miliardi), attengono dunque quasi esclusivamente al titolo I (1.590,4 mld.), mentre al titolo II risultano assegnati 5,7 mld. (12,4 mld. nel 1995; 6,4 mld. nel 1994; 87,5 mld. nel 1993).

Sulla competenza 1996 risultano impegnati 1479,7 mld., con 98,5 mld. di economie e 17,9 mld., di residui di stanziamento a fine esercizio; i pagamenti sulla competenza ascendono a

⁴ Vedi, *infra*, Appendice, par. 2.

1.035,6 mld., con 444 mld. di residui propri dell'esercizio; i residui totali dell'esercizio ammontano a 693,3 mld. rispetto a 790,5 iniziali.

Sulla massa impegnabile per il 1996, costituita da 1.613,5 mld. (1.596,1 di stanziamenti definitivi, cui si aggiungono 17,4 mld., di residui di stanziamento) gli impegni totali ascendono a 1.496,9 mld. (con un rapporto del 92,8%), di cui gli impegni effettivi sulla competenza sono pari a 1.479,7 miliardi e quelli sui residui di stanziamento a miliardi 17,2. I residui totali di stanziamento al 31 dicembre 1996 ammontano a 18,2 mld., quasi integralmente derivanti dalla competenza.

La massa spendibile ascende, con 790,5 mld. di residui iniziali, a complessivi 2.386,6 mld., con un'autorizzazione di cassa di 2.186,5 mld.; a fronte di tali dati i pagamenti totali risultano pari a 1537,5 mld. (64,4% rispetto alla massa spendibile; 70,3% rispetto alle autorizzazioni di cassa).

I residui totali a fine esercizio ammontano a 693,3 mld. (785,3 mld. nel 1995; 1.019,6 nel 1994), di cui 462 mld. provengono dalla competenza, dei quali i residui propri (risultano infatti effettuati 502 mld. di pagamenti sui 790,5 mld. di residui iniziali), risultano 444 mld. La massa dei residui, pari a 693,3 mld., risulta quindi in flessione a fine esercizio rispetto ai valori corrispondenti agli esercizi precedenti (785,3 mld. nel 1995; 978,4 mld. nel 1993; 1.015,9 mld. nel 1994).

La Corte, nelle precedenti relazioni, aveva evidenziato il fenomeno delle sfasature sensibili tra tempi di impegno e di pagamento anche con riguardo alle spese correnti, che dovrebbero presentare minori vischiosità, in genere, rispetto alla spesa per investimenti, caratterizzata da una maggiore complessità delle procedure relative. Pur rilevando il trend migliorativo negli esercizi considerati, permane la indicata discrasia, più analiticamente esaminata con riguardo ai singoli settori, che è anche da ricondurre alla ancora confusa situazione dell'assetto organizzativo e gestionale dell'apparato, in ordine a cui, come si è detto, solo a partire dall'esercizio in esame si riscontra una più chiara corrispondenza tra articolazione strutturale e rappresentazione contabile, con un diretto collegamento tra centro di responsabilità e funzione istituzionale, ora più esplicitamente e con maggiore incisività reso necessario dalla citata recente legge di riforma del bilancio n. 94 del 3 aprile 1997.

In base alla disaggregazione per categorie economiche "rivisitate", esclusa la residuale quota di spesa per investimenti, tra le spese di funzionamento, quelle del personale rappresentano la quota del 9% del totale dell'Amministrazione, totale, come si è detto, quasi bilanciato tra spese per interventi (50%) e di funzionamento (49%).

Tra gli stanziamenti di competenza destinati al funzionamento, sono previsti i trasferimenti all'Istituto Superiore di Sanità ed all'I.S.P.E.S.L., per un totale di 385,4 mld., ai quali è appunto dedicata specifica attenzione, anche per i profili di incrocio con le funzioni attinenti alla ricerca⁵; vi sono altresì ricomprese le assegnazioni per la gestione del Sistema Informativo Sanitario (111 mld.) cui viene analogamente riservato particolare rilievo.

Tra le risorse di competenza per interventi emergono per consistenza quelle destinate all'assistenza sanitaria di competenza statale (assistenza ai cittadini all'estero ed ai cittadini stranieri in Italia, nonché al personale navigante, che, come si è detto, in base al comma 7 dell'art. 18 del d.lgs. 502/1992, come modificato dal d.lgs. n. 517/1993, sarebbe dovuta passare alla competenza delle UU.SS.LL. di appartenenza, dovendo essere imputata al bilancio delle UU.SS.LL. di residenza degli assistiti); si tratta di 243 mld. che aggiunti ai 90 miliardi di residui iniziali portano le assegnazioni complessive a 333 mld. (319 dei quali pagati in corso d'esercizio). Di rilievo consistente, anche per la problematica sottesa ad una corretta esplicazione delle procedure programmatiche, cui è dedicata particolare attenzione al successivo punto 2, appaiono le risorse destinate al finanziamento dell'attività di ricerca e sperimentazione rinvenienti, in base

⁵ Vedi, *infra*, par. 2.4.

all'art. 12 del d.lgs. n. 502/1992, dall'1% del Fondo sanitario nazionale. Risultano altresì, per interventi, nella competenza del 1996, risorse pari a 13,3 mld. destinate a programmi anti-AIDS. Tali programmi erano stati anch'essi oggetto di attenzione, per i fondi precedentemente assegnati, nella sede del controllo⁶.

1.2.2 Sotto il profilo della gestione finanziaria, le risultanze complessive del Ministero della sanità, disaggregate sulla base delle descritte funzioni-obiettivo, indicano la presenza di residui iniziali di stanziamento di una certa consistenza (16 mld.) solo per la "prevenzione," con un sensibile miglioramento rispetto al dato di partenza dell'esercizio precedente. A fine esercizio i residui di stanziamento risultano pari a 17,9 miliardi, sostanzialmente coincidenti con l'analogo dato precedente, tutti provenienti dalla competenza e riferiti in larga parte (13,6 mld.) sempre alla funzione "prevenzione". Le economie maggiori (77,4 mld. su un totale di 98,4 mld.) si registrano, anche per il 1996, come per l'esercizio precedente (98,1 miliardi) per la funzione delle "professioni sanitarie".

Il rapporto percentuale tra impegni totali e massa impegnabile è del 99% per la "programmazione sanitaria" ed oscilla sensibilmente nei valori per le funzioni relative a "farmaci" (76%) e "prevenzione" (74%) per scendere ulteriormente con riguardo alle "professioni sanitarie" (58%).

Con riguardo alla massa spendibile, la presenza maggiore di residui iniziali è ancora attribuita alla funzione "ricerca scientifica", con 426,8 miliardi, che, aggiunti ai 652,9 miliardi di previsioni definitive, porta ad una massa spendibile di 1.079,8 miliardi (con autorizzazioni di cassa pari a 1.079,7 mld.), su cui risultano solo 681,8 miliardi di pagamenti totali (63% sia della autorizzazione di cassa che della massa spendibile), con 387,6 miliardi di pagamenti sulla competenza, 265,2 miliardi di residui totali dalla competenza, (si tratta quasi integralmente di resti propri), 18,7 mld. di economie e 379,2 miliardi di residui totali a fine esercizio.

Il rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile, risulta del 54% (42% nell'esercizio precedente) per la "programmazione sanitaria", cui sono attribuiti 114,3 miliardi di residui iniziali, che aggiunti a 148,3 miliardi della competenza, portano la massa spendibile a 262,7 miliardi, con una autorizzazione di cassa pari a 197,3 miliardi, con 141,4 miliardi di pagamenti totali, di cui 83,5 mld. sulla competenza, 2,9 mld. (83,2 miliardi nel 1995) di economie e 118,4 miliardi di residui a fine esercizio (rispetto ai 114,3 mld. iniziali); per la stessa funzione il rapporto alla massa spendibile ed alle autorizzazioni di cassa è, rispettivamente, del 54% e 72 % (57% nel 1995).

La percentuale di pagamenti sulla massa spendibile sale al 88% per "l'assistenza sanitaria", mentre si colloca su valori sensibilmente più modesti per le altre funzioni. Per la "ricerca" (63%) va precisato al riguardo che i valori in questione sono favorevolmente influenzati in larga parte all'andamento dei capitoli di alimentazione dell'I.S.S. e dell'I.S.P.E.S.L. (cap. 1298 e 1299) presenti nello stato di previsione del Ministero, essendo ovviamente il relativo andamento gestionale non desumibile in base ai citati capitoli-fondo, che si limitano a registrare gli avvenuti trasferimenti, ma solo dalle risultanze contabili afferenti ai rispettivi bilanci.

Per la funzione "professioni sanitarie, risorse umane e tecnologiche" gli stanziamenti della competenza sono pari a 187,3 miliardi, che, aggiunti ai 20,3 miliardi residui iniziali, porta la massa spendibile a 207,6 miliardi, con 197,8 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 112,7 miliardi di pagamenti totali, con 99,9 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per la funzione, del 54%, quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa risulta pari al 57%.

⁶ Delibera n. 52 del 8 marzo 1996 della Sezione del controllo, al cui seguito è stato ammesso al visto il d.m. 27 dicembre 1994, approvativo di un contratto con un raggruppamento di imprese, per la ideazione e realizzazione della V Campagna informativa-educativa per la prevenzione e la lotta all'Aids. Cfr. infra., par. 2.1.

Per la funzione dell'assistenza sanitaria e sociale, gli stanziamenti della competenza sono pari a 350,1 miliardi, quasi totalmente impegnati nell'anno; questi, aggiunti ai 94 miliardi residui iniziali, portano la massa spendibile a 444,1 miliardi, con 410,1 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 392,6 miliardi di pagamenti totali, con 303,3 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per la funzione, del 88%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 96%.

Per la funzione relativa ai "farmaci", gli stanziamenti della competenza (16 miliardi, di cui 12,1 impegnati nella competenza), aggiunti ai 3,5 miliardi residui iniziali, porta la massa spendibile a 19,5 miliardi, con 18,5 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 11,3 miliardi di pagamenti totali, con 9,4 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per la funzione, del 58%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 61%.

Per la funzione relativa alla "prevenzione", gli stanziamenti della competenza (52 miliardi, di cui 34,9 impegnati nella competenza, con 15,8 mld. di residui di stanziamento), aggiunti ai 66,1 miliardi di residui iniziali, portano la massa spendibile a 118,1 miliardi, con 80,9 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 50 miliardi di pagamenti totali, con 31,5 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per la funzione, del 42%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 62%.

Per la funzione denominata "nutrizione e sanità pubblica veterinaria", corrispondente all'analogo centro di responsabilità, risultano attribuiti 49,3 mld. di stanziamenti di competenza, che aggiunti ai 54,7 miliardi residui iniziali, porta la massa spendibile a 104 miliardi, con 89 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 44,9 miliardi di pagamenti totali, con 25 mld. di pagamenti sulla competenza e 24,1 mld. di economie; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per la funzione, del 43%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 50%.

Alla funzione denominata "attività di vigilanza ed ispettiva" risultano attribuiti 13,2 mld. di stanziamenti di competenza, che aggiunti ai 3,1 miliardi residui iniziali, portano la massa spendibile a 16,3 miliardi, con 15,4 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 13,7 miliardi di pagamenti totali, con 11,7 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per la funzione, dell'84%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa dell'89%.

Alla funzione denominata "servizi generali" risultano attribuiti 80 mld. di stanziamenti di competenza, che aggiunti ai 5,9 miliardi residui iniziali, portano la massa spendibile a 85,9 miliardi, con 53,2 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 47,8 miliardi di pagamenti totali, con 43,2 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per la funzione, del 56%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 90%.

Alla funzione denominata "indirizzo politico amministrativo" risultano attribuiti 46,8 mld. di stanziamenti di competenza, che aggiunti ai 1,6 miliardi residui iniziali, portano la massa spendibile a 48,4 miliardi, con 44,4 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 41,5 miliardi di pagamenti totali, con 40,5 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per la funzione, dell'86%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 93%.

1.2.3 Le risultanze contabili per centri di responsabilità, individuati sulla base della classificazione proposta dalla Ragioneria Generale dello Stato, scontano, in attesa della attuazione della indicata nuova normativa e della specifica individuazione delle "unità previsionali di base", cui raccordare "in modo certo" (art. 5 lett. c) il relativo responsabile, le inevitabili approssimazioni e le necessarie avvertenze dell'esercizio ora proposto, dovendosi

sottolineare la riconducibilità funzionale di talune risorse, sovente attribuite all'organo di responsabilità, solo dal profilo di imputabilità dell'attività di trasferimento ad altri enti o di vigilanza sugli stessi. Così è, ad esempio, per il Servizio di vigilanza sugli enti, cui risultano attribuiti ben 306,5 mld. di assegnazioni di competenza, che aggiunti ai 426,2 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile pari a 732,7 miliardi, con eguali autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 334,1 miliardi di pagamenti totali, con soli 40,7 mld. di pagamenti sulla competenza; per il centro, il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è del 46%, così come quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa. Gli unici residui di stanziamento di una qualche consistenza (16 mld.) riguardano il dipartimento della prevenzione e dei farmaci e risultano impegnati nell'esercizio; per esso, aggiunti ai 68 mld. della competenza, per una massa impegnabile pari a 84 mld., gli impegni effettivi sulla competenza ammontano a 47 mld., con 63 mld. di impegni totali sulla massa impegnabile (75%). La percentuale degli impegni totali sulla massa impegnabile sale per gli altri centri di responsabilità (83% per le professioni sanitarie; superiore al 90% per gli altri) ed arriva al 100% per il servizio per la vigilanza sugli enti, per il quale, come si è detto, si deve sottolineare la riconducibilità funzionale delle relative risorse attribuite all'organo di responsabilità, solo come imputabilità dell'attività di vigilanza sugli enti cui sono trasferiti i fondi dal bilancio statale.

Al Dipartimento professioni sanitarie, risorse umane e tecnologiche risultano attribuiti ben 500,9 mld. di assegnazioni di competenza (la quota più consistente delle risorse del Ministero), che, aggiunti ai 113,8 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile pari a 614,7 miliardi, con 571 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 468,8 miliardi di pagamenti totali, con 367 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per il centro, del 76%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa dell'82%.

Al Dipartimento della programmazione risultano attribuiti 146 mld. di assegnazioni di competenza, che, aggiunti ai 109,7 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile pari a 255,7 miliardi, con 193,3 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 139,3 miliardi di pagamenti totali, con 82,7 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è del 54%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 72%.

Al Dipartimento alimenti, nutrizione e sanità pubblica veterinaria risultano attribuiti 48,3 mld. di assegnazioni di competenza, che, aggiunti ai 54,5 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile pari a 102,8 miliardi, con 88 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 44 miliardi di pagamenti totali, con 24,1 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per il dipartimento, del 43%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 50%.

Per il 1996 non è stato possibile scorporare i dati relativi al neo-istituito Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza; pertanto all'ex Dipartimento della prevenzione e dei farmaci risultano unitariamente attribuiti 68 mld. di assegnazioni di competenza, che aggiunti ai 69,6 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile pari a 137,6 miliardi, con 99,3 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 61,3 miliardi di pagamenti totali, con 41 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per il centro, del 45%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 62%.

Al Servizio organizzazione, bilancio e personale risultano attribuiti 80,5 mld. di assegnazioni di competenza, che, aggiunti ai 6 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile pari a 86,5 miliardi, con 53,8 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 48 miliardi di pagamenti totali, di cui 43,8 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per il centro, del 56%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 90%.

Al Servizio ispettivo e unità di crisi risultano attribuiti 2,8 mld. di assegnazioni di competenza, che, aggiunti a 0,3 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile di 3,1 miliardi, con pari autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 2,6 miliardi di pagamenti totali, di cui 2,4 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per il centro, dell'80%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa dell'82%.

Al Servizio studi e documentazione risultano attribuiti 2,8 mld. di assegnazioni di competenza, che, aggiunti ai 4,8 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile pari a 7,6 miliardi, con 4,6 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 2,5 miliardi di pagamenti totali, con soli 1,2 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per il centro, del 33%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 54%.

Al Servizio per i rapporti convenzionali con il S.S.N., risultano attribuiti 0,8 mld. di assegnazioni di competenza, con una pari massa spendibile, ed eguali autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano pagati 0,7 miliardi; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è del 77%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 78%.

Al Servizio per i rapporti internazionali risultano attribuiti 34,4 mld. di assegnazioni di competenza, con una massa spendibile pari a 34,6 mld., con 30,9 miliardi di autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 30,6 miliardi di pagamenti totali, quasi tutti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è dell'89%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 99%.

All'Istituto Superiore di Sanità risultano attribuiti 219 mld. di assegnazioni di competenza, con una massa spendibile di 220,4 mld., pari alle autorizzazioni di cassa, integralmente pagati sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, dunque, del 100%, così come quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa. Analoga situazione si registra nei confronti dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (I.S.P.E.S.L.), in favore del quale risultano attribuiti 166,3 mld. di assegnazioni di competenza, che risultano anch'essi integralmente pagati sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti totali e massa spendibile è, quindi, anche in questo caso, del 100%, così come quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa.

In realtà, per i due Istituti non può parlarsi di centri di responsabilità, nell'accezione comune alle altre articolazioni interne del Ministero, trattandosi di organi dotati di peculiare posizione ed autonomia, qualificati dai decreti legislativi nn. 267 e 268 del 30 giugno 1993, emanati in base all'art. 1, comma 1, lett. l) della legge n. 421 del 1992, "organi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale", dipendenti dal Ministero della sanità e dotati di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile.

Come già si è accennato, sia per l'I.S.S. che per l'I.S.P.E.S.L., non trovando più differenziata rappresentazione nel bilancio del Ministero i fenomeni gestori relativi a specifici atti di spesa (personale, acquisto di beni e servizi, etc.), ora evidenziati nei bilanci degli Istituti, le sole risultanze indicate nel bilancio dello Stato appaiono dunque di scarsa significatività, ai fini della evidenziazione dei profili gestionali, essendo necessario procedere ad ulteriori forme di raccordo e di consolidamento con i dati di rispettivi bilanci. Risulta pertanto non agevole fornire una puntuale disaggregazione delle spese effettivamente destinate alla ricerca e di quelle di funzionamento⁷.

Per l'anno 1996, sul cap. 1298 (Fondo occorrente per il funzionamento dell'Istituto superiore di Sanità) risultano a consuntivo integralmente pagati i 219,1 mld. della previsione di competenza, così come 1,3 mld. di residui presenti al 1° gennaio 1996. Sul cap. 1299 (Fondo occorrente per il funzionamento dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del

⁷ La gestione finanziaria degli istituti è sottoposta all'eventuale controllo consuntivo della Corte dei conti.

lavoro), risultano altresì integralmente pagati nell'esercizio i 166,3 mld. di assegnazione di competenza.

Alla Segreteria del Consiglio Superiore di Sanità risultano attribuiti 2,8 mld. di assegnazioni di competenza, che, aggiunti a 0,3 mld. di residui iniziali, portano ad una massa spendibile di 3,1 miliardi, con pari autorizzazioni di cassa, a fronte dei quali risultano 2,5 miliardi di pagamenti totali, con 2,4 mld. di pagamenti sulla competenza; il rapporto percentuale tra pagamenti e massa spendibile è, per il centro, dell'81%; quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa dell'82%.

1.3 Spesa per trasferimenti

Con riguardo alla classificazione economica del bilancio, una specifica attenzione meritano, anche per le notazioni svolte sull'apparato, i trasferimenti operati da parte del Ministero.

Alla categoria V risultano assegnati complessivamente 512,5 mld. di competenza, corrispondenti, in assenza di residui iniziali, alla massa impegnabile; gli impegni sono risultati pari a 434,6 mld., con 77,9 mld. di economie d'esercizio; il rapporto tra impegni totali e massa impegnabile è, per la categoria, dell'84,8%.

A fronte di una massa spendibile di 883,1 mld. (512,5 mld. di stanziamenti e 370,5 di residui iniziali) e di una autorizzazione di cassa di 866 mld., i pagamenti totali risultano di 456,7 mld. (290,7 mld. sui residui e 166 mld. in conto competenza). I residui della competenza ammontano per la categoria a 268,6 mld, mentre i residui totali a fine esercizio sono pari a 335,5 mld..

Il rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile risulta del 51,7% (42% nel 1995; 47,4% nel 1994); analogamente basso è il rapporto tra pagamenti totali e autorizzazioni di cassa (52,7%).

Pur rilevando un incremento in percentuale permangono dunque ritmi insoddisfacenti di spesa per i trasferimenti. Le somme di gran lunga più consistenti sono quelle assegnate agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e privato, per il finanziamento dell'attività di ricerca corrente; sul pertinente cap. 4064 (ex 2601) i 235 mld. di assegnazioni di competenza risultano integralmente confluiti in conto residui, così come avvenuto nel 1995 e 1994, mentre sui 353,7 mld. di residui presenti ad inizio esercizio risultano pagati 277 mld., con 66 mld. ancora da pagare. Per l'attività di ricerca finalizzata, svolta dagli stessi Istituti, è invece previsto un altro capitolo (4046; ex 2549-cat. IV), sul quale non risultano pagati i 27 mld. assegnati in competenza, mentre di 66 mld. di residui presenti ad inizio esercizio risultano pagati 15,6 mld., con un totale di residui al 31 dicembre di 68,7 mld. E' da ricordare al riguardo che in ordine alla ripartizione di somme destinate agli I.R.C.C.S è venuta in evidenza nella sede istruttoria del controllo soprattutto la carenza di un preciso contesto programmatico di riferimento⁸.

Tra i trasferimenti vanno altresì segnalati i 5,6 miliardi sul capitolo 2577 (ex cap. 4061) da assegnare agli Istituti zooprofilattici sperimentali per il finanziamento dell'attività di ricerca corrente, tutti confluiti nel conto dei residui. Agli stessi Istituti zooprofilattici sperimentali risultano assegnate in bilancio somme per l'attività di ricerca corrente e finalizzata svolta per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria; sul cap. 2559 (ex cap. 4044), attinente alla categoria IV, gli 1,4 mld. della competenza risultano quasi completamente confluiti nel conto dei residui, mentre sono stati pagati nell'esercizio 11,9 mld. sui 42,8 mld. presenti al 1° gennaio 1996; complessivamente a fine esercizio, il capitolo espone 12,3 mld. di residui, con 20 mld. di economie.

⁸ Vedi amplius par. 2.2; va ricordato che i trasferimenti al S.S.N. sono allocati in capitoli di altri ministeri (bilancio e tesoro) puntualmente richiamati nella Appendice.

2. Analisi dell'organizzazione e dei procedimenti

2.1 L'apparato

Al Ministero, in base al nuovo disegno del S.S.N., è demandato, oltre agli altri compiti normativamente prescritti, il delicato ruolo di programmazione e di monitoraggio nella complessa articolazione delle funzioni in materia sanitaria, ora, come è noto, in base alla riforma del d.lgs. n. 502/1992 e d. lgs. n. 517/1993, più ampiamente riconducibili alla responsabilità delle Regioni ed ai maggiori margini di autonomia delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Emerge quindi una duplice connotazione di tale apparato, interessato peraltro anche dall'esplicazione di compiti di diretta amministrazione ed erogazione di servizi, che non si conciliano agevolmente, anche alla luce dell'evoluzione dell'ordinamento (vedasi da ultimo, la legge n. 59 del 15 marzo 1997) con la caratterizzazione della funzione di indirizzo, e monitoraggio dei flussi finanziari del Servizio Sanitario Nazionale.

L'apparato evidenzia altresì, nell'assetto organizzativo ancora in parte incompiuto, una insoddisfacente attuazione delle misure contenute nel d.lgs. n. 29 del 1993, in ordine a cui è stata svolta una indagine intersettoriale concernente la generalità delle amministrazioni statali nella sede del controllo, recentemente definita⁹. Appare dunque di prioritario rilievo una corretta attuazione di tali principi riformatori, tuttora incompleta, nonostante l'avvio, sia pure con sensibile ritardi, di alcune delle misure necessarie.

Come già in precedenza riferito dalla Corte, la insoddisfacente attuazione del decreto legislativo n. 266/1993 di riorganizzazione del Ministero e la non completa realizzazione delle disposizioni riguardanti la ripartizione delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo rispetto a quelle di natura gestoria, così come previsto dall'art. 3 del d.lgs. n. 29/1993, sono emerse anche in occasione della deliberazione n. 52 dell'8 marzo 1996 della Sezione del controllo, con cui è stato ammesso al visto il d.m. 27 dicembre 1994, approvativo di un contratto con un raggruppamento di imprese, per la ideazione e realizzazione della V Campagna informativa - educativa per la prevenzione e la lotta all'Aids¹⁰.

Emerge dunque un quadro tuttora in via di laboriosa precisazione dell'assetto interno e del connesso riparto delle responsabilità riconducibili al vertice politico dell'amministrazione e quelle proprie dei dirigenti, nella indicata non appagante condizione di allocazione e di gestione delle risorse, di cui rappresenta per altro verso palese testimonianza l'insoddisfacente attuazione dei principi in materia di definizione di direttive e programmi.

Per la attuazione dell'art. 20 del d.lgs. n. 29/1993, si è proceduto, con d.m. 27 dicembre 1995, che fa seguito al regolamento già adottato con d.m. 25 ottobre 1994, n. 761, alla istituzione e costituzione del servizio di controllo interno, che ha predisposto nell'esercizio analisi su base trimestrale, mentre gli organi parallelamente previsti non risultano ancora costituiti con riguardo all'Istituto Superiore di Sanità ed all'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (I.S.P.E.S.L.).

Con riferimento agli interventi procedurali ed al miglioramento dei rapporti con l'utenza, è tuttora attesa l'emanazione del provvedimento attuativo in tema di trasparenza dell'attività amministrativa e diritto d'accesso, prescritto dalla legge n. 241 del 1990.

2.2 Direttive e programmi

L'attività programmatica riveste centrale rilievo, sia con riguardo alla dinamica dell'intero Servizio Sanitario Nazionale, ove, come più diffusamente evidenziato nell'Appendice, anche nella nuova complessa articolazione di responsabilità, emergono carenze a livello centrale, nella correlazione di piano tra livelli di assistenza e parametri capitari, che con specifico riferimento alle funzioni direttamente svolte dall'apparato ed ai trasferimenti nel delicato settore della ricerca.

⁹ Adunanza del 20 maggio 1997.

¹⁰ Cfr. Relazione al rendiconto per il 1995 vol. II, cap. XII, pag. 175.

Con riferimento alle disposizioni contenute nel citato d.lgs. n. 29, non risulta data, in via generale, una puntuale attuazione agli artt. 3 e 14, in ordine agli obiettivi, ai programmi ed alle priorità, nonché alla verifica da effettuarsi ex art. 3 da parte del Ministro, essendo stati adottati solo programmi relativi alle singole direzioni generali. Tale discrasia emerge con maggiore rilevanza nel delicato comparto della ricerca, che assorbe significative risorse del Ministero, poi assegnate a diversi centri di ricerca (Istituto Superiore di Sanità, I.R.R.C.C.S., I.Z.S.), in base all'art. 12 del d.lgs. n. 502/1992, quale quota proveniente dall'1% del Fondo Sanitario Nazionale¹¹.

Al riguardo è da rilevare, a partire dalla entrata in vigore della citata normativa, la mancata attuazione di un corretto percorso programmatico, che presuppone la previa tempestiva proposizione da parte dei singoli settori, cui correlare fisiologicamente la selezione ed attribuzione dei contributi agli enti destinatari e ai soggetti incaricati della concreta esplicazione dell'attività e degli studi. Si assiste infatti ancora alla produzione di atti di programmazione solo in chiusura degli esercizi cui si riferiscono i fondi, sotto la pressante spinta di una utilizzazione degli stessi, onde evitarne il passaggio in economia della parte di maggior consistenza.

Pur registrandosi un qualche superamento della precedente prassi di mera distribuzione storica delle risorse, manca dunque un coerente e complessivo quadro programmatico sulla cui base attribuire le risorse trasferite alla ricerca, non essendo sufficiente il solo eventuale richiamo alle prescrizioni contenute in documenti diversi e più generali di programmazione, quali il Piano sanitario nazionale, che contengono previsioni, nelle finalità e nella modalità, da tradurre in specifici documenti ed atti di indirizzo. Il problema ha un ulteriore concreto impatto negativo nella difficoltà di realizzare un raffronto tra i programmi in precedenza svolti, ai fini di una corretta previsione di affidamento delle successive attività di ricerca, che presuppone a regime appunto una adeguata valutazione anche dei risultati conseguiti. L'Amministrazione, pur a ciò sollecitata dalla competente sede del controllo, non ha sinora offerto una appagante risposta a tale esigenza prospettata dalla Corte, necessaria per una coerente riprogrammazione e redistribuzione delle risorse; non è quindi al momento possibile, in assenza degli indicati parametri programmatici, pervenire ad una adeguata valutazione della efficace gestione dei fondi destinati alla ricerca.

Tale vischiosità nei procedimenti programmatici, registrata in modo specifico nella utilizzazione dei fondi riguardanti la ricerca corrente e finalizzata degli Istituti privati e pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico e degli Istituti zooprofilattici sperimentali, si è peraltro manifestata anche con riguardo alle risorse destinate, sempre sulla indicata quota dell'1%, in favore delle ricerche assegnate all'Istituto Superiore di Sanità, ove la presenza della peculiare figura del direttore e l'autonomia complessivamente riconosciuta a tale organo, fanno sì che il processo elaborativo e di scelta delle proposte si presenti in termini istituzionalmente più complessi.

Al riguardo, proprio all'inizio del 1996, in relazione alla delicata funzione di emanazione di direttive generali nell'azione amministrativa nei confronti degli Istituti, nella sede istruttoria del controllo, è stata rappresentata prima la mancanza, e poi la scarsa significatività, di un provvedimento del Ministro di approvazione delle direttive per il 1995: la tardiva assunzione di un necessario atto di indirizzo, nel quale erano ricomprese le proposte operative, peraltro maturate nello stesso contesto istituzionale, ha quindi determinato la mancanza di un fondamentale quadro di riferimento e di indirizzo per l'intero esercizio. Anche nei confronti dell'I.S.P.E.S.L. è mancata, per l'intero 1996, la necessaria attività di indirizzo da realizzare nei modi e nei tempi a ciò congeniali.

¹¹ Al riguardo è da segnalare la ripartizione per il 1996 di 301 mld. in parte corrente e 6,6 mld. in parte capitale, destinati per 235 mld. all'Istituto Superiore di Sanità; per 27 mld. agli IRRCCS., per complessivi 6,4 mld. agli IZS, per 4 mld. all'Ispepi, per 20,3 mld. a sperimentazioni e cura del Dipartimento per la programmazione, per 2 mld. all'ASI (fonte Relazione generale sulla situazione economica del paese).

Alla luce delle indicate, sensibili e perduranti, carenze di attuazione dei corretti percorsi programmatori nei delicati settori della ricerca, che compromettono, almeno dal punto di vista della congruenza funzionale e della ricordata necessaria valutazione comparativa, la corretta distribuzione e valutazione delle risorse destinate, è da registrare la recente iniziativa istruttoria del 24 marzo 1997 assunta nella sede del controllo, per rappresentare al Ministro i negativi effetti conseguenti alla mancata applicazione dei principi contenuti nel d.lgs. n. 29 del 1993. La relativa inosservanza, se reiterata, verrebbe infatti a trascendere la mera inadempienza formale delle scansioni procedurali per riverberarsi negativamente sulla necessaria valutazione della congruità delle scelte effettuate, della corretta canalizzazione delle risorse, della necessaria verifica, anche in termini comparativi, del loro utilizzo.

2.3 Gestione del personale

Come si è accennato, solo al termine dell'esercizio è stata finalmente definita l'articolazione, mediante decreto ministeriale 27 dicembre 1996, n. 704, dei dipartimenti e servizi in uffici, con la definizione delle relative competenze, presupposto questo necessario per la successiva preposizione dei dirigenti e l'assegnazione del personale, così come previsto dall'art. 3, comma 4 e 5 d.lgs. n. 266/1993, ponendo così le premesse organizzative per una corretta individuazione dei responsabili della spesa, in coerenza con i principi già presenti nel d.lgs. n. 29 del 1993 e recentemente ribaditi con la legge 3 aprile 1997, n. 94, della riforma del bilancio dello Stato, che privilegiano appunto, con riferimento alle "unità previsionali di base", una più stretta correlazione già da tempo richiesta dalla Corte.

Analoghe discrasie, di mancata individuazione degli uffici dirigenziali di livello non generale, accentuate dalla particolare situazione organizzatoria, si registrano anche con riguardo all'Istituto Superiore di Sanità, così come presso l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del lavoro (I.S.P.E.S.L.), ove peraltro risulta appena nominato solo un dirigente generale amministrativo dei tre da preporre alle corrispondenti strutture centrali previste dal d.P.R. n. 441 del 18 aprile 1994.

Grave appare, per entrambi gli Istituti, la mancata costituzione del servizio di controllo interno, previsto, come è noto, per la generalità delle amministrazioni pubbliche; tale adempimento è reso più complesso presso l'I.S.P.E.S.L. anche in relazione alla individuazione delle unità da reperire presso la Amministrazione in carenza di personale in possesso della necessaria qualifica¹².

Per la determinazione della pianta organica, ai sensi del d.lgs. n. 29/1993, effettuati i preliminari adempimenti di cui all'art. 3, commi 5 e 6, della legge n. 537/1993 ed all'art. 22, commi 15 e 16, della legge n. 724/1994, relativi alla verifica dei carichi di lavoro, risulta emanato il d.P.C.M. n. 343 del 16 marzo 1996. Al riguardo emerge allo stato la discrasia, indicativa di un non ancora funzionale assetto organizzativo, che consegue all'elevato numero di dirigenti previsti nei ruoli dell'Amministrazione (244) a fronte dei quali i posti di funzione individuati dal citato provvedimento sono fissati nel numero di 130, con una consistente quota di unità cui non risultano attribuiti uffici operativi e per le quali l'Amministrazione avrebbe comunque contestualmente dovuto, ridisegnando la propria pianta organica, definirne le funzioni. Non sembrando logica, invero, una destinazione di tale numeroso contingente a funzioni diverse da quelle operative già individuate ed apparendo lo stesso a prima vista esuberante anche per

¹² In base all'art. 9, comma 12 del d.P.R. n. 441/1994, è previsto il "servizio per la valutazione ed i controlli di gestione", con il compito di verificare, mediante valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite nonché l'imparzialità ed il buon andamento delle attività istituzionali. La norma prevede che il servizio, cui è preposto un dirigente amministrativo, operi in posizione di autonomia e risponda al Ministro della sanità per il tramite del direttore dell'Istituto; abbia accesso ai documenti amministrativi e possa richiedere a tutti i settori operativi dell'Istituto qualsiasi atto o notizia; determini, almeno annualmente, i parametri di riferimento del controllo, tenendo conto delle indicazioni emanate dalla Corte dei conti ai sensi dell'art. 3 della legge n. 20/1994.

l'assolvimento di compiti di consulenza e di studio, cui la legge riserva, come è noto, un apposita quota sull'organico dei dirigenti, sono stati richiesti e si attendono elementi di chiarificazione da parte dell'Amministrazione.

Ancora sintomatica delle problematiche di gestione del personale dirigenziale appare la vicenda relativa alla recente preposizione (febbraio 1997), nell'immediata prossimità del suo collocamento a riposo, di un dirigente generale al posto di Direttore del Servizio per i rapporti internazionali e le politiche comunitarie, intervenuta a distanza di nove mesi dal provvedimento di nomina, periodo nel quale la funzione attribuita è stata dapprima coperta, per breve tempo, tramite una reggenza, e successivamente, per circa sette mesi, non è stata affidata formalmente ad alcun titolare.

Con specifico riguardo al personale appartenente all'I.S.P.E.S.L., già inquadrato, in base al d.P.R. 568/1987 nella X qualifica professionale, con il profilo di "collaboratore professionale enti di ricerca", la Sezione del controllo, con delibera n. 1474 del 25 novembre 1996, ha ravvisato la illegittimità di un successivo inquadramento, disposto con "ordine scritto" del Ministro, a seguito del diniego opposto dalla competente Ragioneria centrale, nel profilo di "ricercatore" sulla base del d.P.R. 171/1991, giudicato nella specie inapplicabile.

2.4 Attività contrattuale

L'attività contrattuale riveste tradizionalmente un ruolo di minor rilievo nell'amministrazione, ad eccezione delle peculiarità che distinguono i moduli convenzionali attinenti alla ricerca e delle esigenze di gestione del Sistema Informativo Sanitario. Al riguardo, la complessità del sistema di governo e di diretta attuazione di interventi in materia sanitaria attribuiti al Ministero ha suggerito una specifica attenzione alla problematica di una adeguata realizzazione delle strutture destinate ad assicurare il necessario supporto alle funzioni di programmazione e di coordinamento.

Come già evidenziato, nel nuovo modello del S.S.N. risulta sempre maggiore, in considerazione della differenziazione a livello regionale, l'esigenza di una ricostruzione unitaria dei flussi finanziari del sistema, al fine di consentire agli organi di Governo centrale, attraverso una corretta cognizione del fenomeno, di procedere alle conseguenti opportune misure di finanziamento (pur nella nuova articolazione dei rapporti finanziari Stato-Regioni, rimane infatti la specificità a carattere integrativo del F.S.N. nel bilancio dello Stato) e di indirizzo. In tal senso le esigenze di monitoraggio del sistema presuppongono dunque un apporto coerente anche delle strutture informatiche, da adeguare alla nuova articolazione, territoriale e funzionale, del S.S.N.¹³. Nel rinviare al recente referto reso specificamente dalla Corte in materia di sistemi informatici delle amministrazioni statali (ref. n.1/1997) per una più puntuale analisi dei dati relativi alla gestione al Sistema Informativo Sanitario, le cui risorse sono allocate sul cap. 4201, ora cap. 3038, è da ricordare che il Ministero ha affidato in concessione alla società Finsiel la gestione e lo sviluppo del proprio Sistema informativo. E' da segnalare che al momento non risultano ancora pervenuti alla Corte gli atti relativi alla proroga dell'atto esecutivo della predetta convenzione, già da tempo scaduta,¹⁴ e che avrebbero dovuto essere tempestivamente trasmessi, come prescritto dall'art. 14 del d.lgs. 39/96, al fine di assicurare le necessarie valutazioni di congruenza nei diversi ed integrati profili di legittimità e di compatibilità finanziaria¹⁵.

¹³ Al riguardo è da segnalare che, sulla base di un esplicito indirizzo della Conferenza Stato - Regioni (adunanza del 19 dicembre 1996), risulta accelerato il processo finalizzato all'unificazione dei flussi informativi di interesse sanitario di tutte le amministrazioni centrali coinvolte (in particolare Tesoro e Sanità).

¹⁴ La convenzione risulta, in base agli atti in possesso della Corte, da ultimo prorogata al 30 dicembre 1996.

¹⁵ La menzionata convenzione è inserita, per la sua rilevanza, nel programma di controllo sulla gestione per gli esercizi 1994-95 e 1996 ed in tale sede potranno evincersi gli esiti valutativi definitivi. Per quanto riguarda il controllo sulla gestione eseguito anche ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 39/96, va notato che risultano, allo stato, pendenti nel quadro di ricognizione complessiva delle risorse destinate al settore, varie questioni, attinenti principalmente sia ai contenuti dell'atto aggiuntivo all'atto esecutivo della cennata convenzione,

APPENDICE

**Profili di attuazione della riforma sanitaria.
La spesa sanitaria nel bilancio dello Stato****1. L'attività programmatica**

Il ruolo assegnato al Ministero nell'esercizio dei compiti di indirizzo, programmazione e monitoraggio dei flussi finanziari del Servizio Sanitario Nazionale, più ampiamente ricondotti già in base alla riforma del d.lgs. n. 502/1992 e del d.lgs. n. 517/1993, alla responsabilità delle Regioni ed ai maggiori margini di autonomia delle aziende sanitarie ed ospedaliere, ha suggerito anche per l'esercizio in esame la opportunità di una sintetica rassegna delle principali misure adottate a livello centrale e delle diverse problematiche ancora irrisolte, con la segnalazione dei più significativi profili che sollecitano l'adozione di interventi correttivi, alla luce della ricostruzione, sia pur provvisoria, delle risultanze contabili complessive che interessano la spesa sanitaria nel bilancio dello Stato.

Nella nuova articolazione di funzioni e compiti nel S.S.N. va segnalato il persistere, anche per il 1996, di uno squilibrio gestionale tra quantificazioni previsionali definite con la decisione di bilancio ed effettivo fabbisogno, che, sulla base delle stime provvisoriamente effettuate dall'Amministrazione, appare di dimensioni maggiori che nel 1995, e risulterebbe al momento quantificabile in circa tremila miliardi, come emerge anche dalla "Relazione generale sulla situazione economica del Paese"¹⁶.

Con la costituzione, in tutte le Regioni, delle nuove aziende sanitarie, sensibilmente ampliate nel loro ambito territoriale e conseguentemente ridotte nel numero, ed ospedaliere (rispettivamente 228 da 659 e 81¹⁷), il 1996 ha rappresentato un anno di completamento nella articolazione territoriale della riforma sanitaria delineata dal d.lgs. n. 502/1992 e dal d.lgs. n. 517/1993, e che aveva trovato solo nell'esercizio precedente la fase di concreto avvio. Vanno peraltro ricordate le 560 gestioni "stralcio" delle ex UU.SS.LL., poi definite gestioni liquidatorie, la cui contabilità va per legge tenuta separata anche sotto il profilo contabile-finanziario, in base all'art. 6 della legge 724/1994 (collegato alla finanziaria per il 1995) e successive modifiche, che ha previsto una netta separazione delle gestioni finanziarie anteriori al 1° gennaio 1995. Al

che sarebbe dovuto pervenire, in base all'art. 14 del d.lgs. n. 9/1993 entro un mese dalla sua adozione, sia alla valutazione dei risultati complessivi sinora conseguiti. Specifici profili istruttori svolti dal competente ufficio di controllo concernono sia il riconoscimento di debito nei confronti dell'ex I.N.A.M., per l'utilizzazione del Centro Meccanografico, sia, infine, la contabilità di oneri passivi, maturati sul c/c bancario acceso presso l'Istituto S. Paolo di Torino dalla società FINSIEL S.p.A., per ritardati pagamenti dell'amministrazione (fattispecie cui è interessata anche la Procura regionale per il Lazio ai fini dell'accertamento di eventuali danni erariali e delle connesse responsabilità).

Per quanto concerne l'Istituto Superiore di Sanità, risultano stipulati contratti, in seguito a licitazione privata, per complessivi 1,1 miliardi. Dai dati relativi all'indagine intersettoriale in materia contrattuale per il 1995, lo stesso istituto risulta aver erogato circa 195 milioni, sia mediante trattativa privata, sia mediante il ricorso ai servizi in economia, per importi inferiori alla soglia comunitaria, e, comunque, afferenti ad acquisti di PC e di software.

¹⁶ vedasi infra par. 2.

¹⁷ Fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese.

riguardo, al fine di consentire un corretto avvio delle nuove strutture, appare prioritario, come più volte già rappresentato dalla Corte, procedere ad una sollecita definizione della pregressa rilevante situazione debitoria, di notevole gravità sugli equilibri complessivi di finanza pubblica, che non appare ancora definita, pur essendo stati reiteratamente posti dal legislatore dei termini¹⁸.

E' da segnalare al riguardo la recente conversione, con legge 11 febbraio 1997, n.21, del d.l. 13 dicembre 1996, n. 630, recante il "finanziamento dei disavanzi delle USL al 31 dicembre 1994 e la copertura delle spese farmaceutiche per il 1996", che ha indicato specifiche modalità e procedure per l'attivazione dei mutui a parziale finanziamento dei disavanzi di parte corrente registrati sino al 31 dicembre 1994, destinando, peraltro (art. 1bis), parte degli accantonamenti per gli anni 1998 e 1999 all'assunzione di mutui per gli interventi di edilizia sanitaria, di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988. Risulta dunque ancora in corso di ulteriore definizione, nei confronti tra centro e periferia, la situazione debitoria pregressa denunciata dalle realtà regionali e locali e che, nelle stime disponibili, appare comunque di dimensioni maggiori rispetto agli importi da ripianare in base alla citata legge n. 21/1997¹⁹.

Nella rapida rassegna dei principali interventi che nel recente periodo hanno caratterizzato l'attività programmatica nei confronti del S.S.N., di rilievo è la necessaria attesa predisposizione del nuovo Piano sanitario nazionale, che dovrà far seguito a quello approvato, dopo complesse vicende, già ampiamente riferite dalla Corte nelle precedenti relazioni, con d.P.R. 1 maggio 1994, con una validità triennale (1994-1996), anche per pervenire ad una più puntuale relazione tra parametri capitari riconosciuti e livelli uniformi di assistenza assicurati e, nel complesso, ad una più adeguata e consapevole definizione delle scelte programmatiche e previsionali, onde evitare tensioni ed irrigidimenti sugli equilibri di bilancio, sia statale che regionale, verificatisi reiteratamente nel settore.

L'esigenza di una più puntuale riprogrammazione delle risorse, presuppone la rappresentazione di un quadro conoscitivo complessivo degli andamenti emersi, da rendere da parte dell'Amministrazione anche mediante il supporto della Relazione sullo stato sanitario del Paese, diretto appunto a dar conto degli obiettivi raggiunti nella prima fase di avvio della riforma, in particolare per quanto riguarda il raffronto tra livelli di prestazioni assicurate e relativi costi. Tale relazione, che sarebbe, a norma di legge, dovuta intervenire con cadenza annuale (art. 1, comma 6, d.lgs. n. 502), esponendo appunto i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale, è tuttora attesa, determinando così la mancanza di un essenziale momento di valutazione.

Premminente problematica relativa al governo dei flussi di spesa, già segnalata dalla Corte, concerne la necessità di assicurare, anche attraverso la legislazione regionale, le opportune forme di raccordo tra la contabilità economica introdotta per le istituite aziende sanitarie e le esigenze di leggibilità complessiva e di monitoraggio, con la utilizzazione delle serie di indicatori utili ai fini del controllo interno ed esterno, al fine di assicurare un adeguato rapporto tra il nuovo modello di contabilità e le esigenze di "conoscibilità" complessiva dei flussi finanziari interessanti il sistema (art. 16 legge n. 362/1988); tale compito appare in buona parte ora affidato alle Regioni, cui è demandato di provvedere, in base all'art. 5, comma 4, del d.lgs. n. 517/1993, alla emanazione delle nuove norme di contabilità²⁰.

¹⁸ Con il collegato alla finanziaria per il 1996, era stato fissato infatti il termine di tre mesi per l'accertamento della situazione debitoria (art. 2, comma 14), con la contestuale previsione della attribuzione ai direttori generali delle nuove Aziende delle funzioni di commissari liquidatori delle sopresse UU.SS.LL., trasformandosi dunque le gestioni stralcio di cui al richiamato art. 6 legge n. 724/1994 in gestioni liquidatorie, con contabilità separate, su cui registrare anche le sopravvenienze attive e passive accertate successivamente al 31 dicembre 1994.

¹⁹ La legge 21/1997 consente complessivamente il ripiano, attraverso mutui, di circa 8.500 miliardi, a fronte degli oltre 11.000 calcolati al 31 dicembre 1994.

²⁰ Come è noto, in materia di contabilità è stato emanato il decreto interministeriale n. 1424 del 24 ottobre 1994, previa intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, recante un apposito schema di bilancio; il provvedimento, già ritenuto non conforme a legge della Sezione del controllo nella

La gestione successiva al 1 gennaio 1995 deve trovare dunque, specifica rappresentazione contabile, sulla base della introduzione di principi di contabilità economica, che privilegiano aspetti di derivazione privatistica, quali l'efficienza gestionale, l'efficacia del servizio reso, da valutare attraverso forme di controllo di gestione, coerenti con gli elementi di managerialità e di concorrenzialità che, gradualmente introdotti nel sistema, si inseriscono in un complessivo disegno strategico volto a dare maggior rilievo ai principi dell'autonomia (legge 15 marzo 1997, n. 59). Un approccio corretto alla indicata problematica appare, ad avviso della Corte, fondamentale, sia per corrispondere alle nuove esigenze di autonomia fatte proprie dalla riforma, che per stabilire uno stretto rapporto con le funzioni del controllo interno di gestione e di quello esterno sulle gestioni demandato alla Corte, così come del monitoraggio e della leggibilità complessiva degli andamenti finanziari nel loro impatto sugli equilibri di finanza pubblica, anche a fini riallocativi delle risorse.

E' al riguardo da segnalare che, con d.m. 23 dicembre 1996, sono stati approvati i "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere", da trasmettere dal 1 gennaio 1997 alle regioni ed al Ministero. In parallelo all'indicato rilievo della rappresentazione contabile degli andamenti gestionali delle nuove aziende è da registrare l'avvio, per le aziende ospedaliere, del nuovo sistema di finanziamento "a prestazione"²¹. Come già riferito dalla Corte, presso il Ministero è istituito sin dal 1995 l'Osservatorio permanente per l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale (OPAS), avente lo scopo di monitorare, a livello centrale, l'evoluzione del processo di aziendalizzazione e di elaborare una serie di "linee guida" in materia; al riguardo è da segnalare la predisposizione delle "linee guida" n. 2/96, relative al profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari²².

Con d.m. 22 luglio²³ 1996, è stato approvato il nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale e di laboratorio nonché le relative tariffe (art. 2, comma 9, della legge 549/1995), sulle quali modulare quelle regionali, che potranno assumere valori inferiori entro il 20%, oltre al nomenclatore tariffario delle protesi.

Con il recente d.P.R. 14 gennaio 1997, n. 37, è stato approvato l'atto di indirizzo e coordinamento concernente l'individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi, emanato in base all'art. 8, comma 4, d.lgs. n. 502 1992 e successive modifiche²⁴.

delibera n. 138 del 10 dicembre 1994, in ordine ai profili di collegamento tra contabilità economica e contabilità finanziaria, è stato poi registrato "con riserva" dalle SS.RR., ai sensi dell'art. 25, comma 2, del T.U. n. 1214 del 1934, nell'adunanza del 13 aprile 1995 Cfr., amplius, Relazione al rendiconto generale per il 1994, A.S. la spesa sanitaria, par. 2.3.

²¹ Al riguardo è intervenuto il d.m. 14 dicembre 1994, seguito dalle "linee guida" n. 1/1995, sulla cui base si innestano le tariffe predeterminate da Regioni e Province autonome. Con d.m. 31 gennaio 1995 sono stati fissati i criteri di classificazione degli ospedali specializzati (in G.U. n. 150 del 29.6.1995).

²² Con d.m. in data 24 luglio 1995 è stato definito il sistema degli indicatori di efficienza e di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 502/1992, sul quale la Corte, nella sede istruttoria del controllo, aveva acquisito chiarimenti in ordine ai profili attinenti al rapporto efficienza-qualità, in particolare per quanto riguarda il riconoscimento della esigenza di integrare l'adozione di parametri quantitativi con altri di ordine qualitativo. In materia, come testimoniano gli ulteriori interventi in sede centrale e locale ed il connesso dibattito dottrinario, dovranno essere effettuati ulteriori passi in avanti utili per la costruzione di serie di indicatori interagenti, finalizzati da un lato al controllo interno di gestione, ed utili, dall'altro, a finalità di monitoraggio e di controllo esterno (Regioni, Ministeri, ASI, Corte dei conti).

²³ (G.U. n. 150 del 14.9.1996).

²⁴ Sotto il profilo dei rapporti con l'utenza, in attuazione del decreto-legge 11 luglio 1995, n. 275, che prevede, da parte di tutti i soggetti erogatori di pubblici servizi, l'adozione di proprie Carte di servizio, è stato emanato il d.P.C.M. 19 marzo 1995 contenente uno schema di riferimento nel settore sanitario, cui hanno fatto seguito apposite "linee guida" predisposte dal Ministero.

2. Le risultanze contabili nel bilancio dello Stato

2.1 La spesa di parte corrente

In ragione dell'indicato ruolo di programmazione e di riferimento centrale del Ministero della Sanità, appare utile, nella presente appendice, riferire unitariamente sulle risultanze contabili che emergono dal rendiconto generale dello Stato, e che insistono su diversi stati di previsione²⁵. Nella nuova impostazione della riforma sanitaria, e dei complessivi rapporti finanziari, ancora in una fase di definizione e di assestamento fra Stato e Regioni, la tenuta del sistema sanitario va letta infatti in stretta correlazione con gli andamenti e le grandezze complessive degli equilibri finanziari di queste ultime, segnalando comunque la specificità della voce relativa al F.S.N., salvaguardata anche nella nuova disciplina delineata dall'art. 3 della legge n. 549/1995 (legge finanziaria per il 1996).

Per la parte corrente, il F.S.N., come è noto, è allocato sul cap. 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro, che espone le seguenti risultanze: stanziamenti definitivi 40.587 mld. (rispetto a 41.186 iniziali e ai 39.458,8 del 1995), tutti impegnati, e su cui risultano pagati 38.551 mld., con 2.036 mld. di residui propri, che aggiunti agli 1.198 provenienti dagli esercizi precedenti (sui 3.113 iniziali sono stati pagati nell'anno 1.994 mld.) portano l'ammontare complessivo dei residui del capitolo a fine esercizio a 3.101 mld..

Tali dati sono al netto di 2.820 mld. di integrazione dei contributi di malattia per l'anno 1994, (ex art. 11, comma 19 del citato d.lgs. 502/1992, novellato dal d.lgs.n. 517/1993).

Come già evidenziato dalla Corte, la significatività di tale capitolo per individuare la effettiva spesa di parte corrente sostenuta dal S.S.N. è relativa, in quanto al di là di oneri ulteriori rispetto alla voce fondamentale del finanziamento della spesa regionale, che ancora insistono sul capitolo stesso nonostante le opportune misure di maggiore trasparenza adottate (vedasi la spesa per il ripiano dei maggiori oneri per il 1990, ora allocata sullo specifico cap. 5958 sempre dello stato di previsione del Ministero del tesoro), è da tener conto del ruolo determinante, che, in base alla riforma del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, rivestono i contributi sanitari, ora attribuiti direttamente alle regioni, sicchè lo stanziamento del capitolo indica soltanto la voce di diretta integrazione a carico del bilancio statale in favore del sistema sanitario.

Ad una maggiore leggibilità delle relative risultanze può sicuramente contribuire il processo, peraltro già avviato, anche su richiesta della Corte, di conferire univocità funzionale a tale capitolo di grande rilievo, e sul quale tuttora incidono voci non strettamente correlate al finanziamento regionale del S.S.N. (si tratta del finanziamento ad enti diversi dalle aziende sanitarie, quali la C.R.I. e gli I.Z.S.; di somme alla Cassa DD.PP. per rimborso rate mutui pre-riforma e di quelle destinate a borse di studio ai medici specializzandi), e che potrebbero dunque, in una nuova articolazione di bilancio, trovare autonoma allocazione.

In tale contesto il F.S.N. di parte corrente, viene a qualificarsi come integrazione dello Stato alle risorse proprie delle Regioni, ed in primo luogo appunto, degli indicati contributi sanitari, che prima affluivano invece ad apposito capitolo dello stato di previsione dell'entrata (cap. 3342); ne deriva l'importanza della esplicita rappresentazione della relativa stima in sede di impostazione e definizione della manovra di bilancio, come già richiesto dalla Corte, al fine di consentire al Parlamento una più consapevole quantificazione delle risorse, tenuto conto altresì dell'obbligo che grava (ex art. 11, comma 19 del citato d.lgs. 502/1992, novellato dal d.lgs.n. 517/1993) sullo Stato di provvedere ad apposita integrazione, da indicare appunto nella legge finanziaria, in ordine all'eventuale differenza del gettito effettivo dei contributi rispetto alla stima prevista. Per il 1995 risulterebbero accertati 48.425 mld., rispetto ai 48.405,1 mld. stimati nella delibera C.I.P.E. del 13 marzo 1995, mentre per il 1996, i contributi, già stimati nella delibera C.I.P.E. del 24 aprile 1996 in 50.610,8 mld., risulterebbero da ultimo stimati in 51.459 mld., con una eccedenza dunque di 830 mld. rispetto alle stime iniziali²⁶. Rispetto a quanto evidenziatosi

²⁵ Vedi tabella nel testo.

²⁶ Dati riportati nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese.

nei primi due anni di applicazione del nuovo sistema, con le negative ripercussioni, già evidenziate dalla Corte, sulla attendibilità dalle costruzioni programmatiche, sembra dunque emergere una più corretta corrispondenza e coerenza tra stime previsionali ed effettivo accertamento.

Nella quantificazione del finanziamento per il 1996, in aggiunta agli indicati importi del F.S.N. e dei contributi sanitari, risultano calcolati anche 4.273 mld. (3.130 nel 1995) di contributo delle Regioni a statuto speciale, in base alla legge n. 38/1990 e successive modifiche, nonché 3.600 mld. di entrate proprie delle UU.SS.LL.

Con delibera C.I.P.E. del 24 aprile 1996, dedotti 2.820 mld. per l'integrazione dei contributi sanitari per il 1994, 169 mld. assegnati alla Croce Rossa, e 1.923,5 mld. accantonati, "in attesa di proposte dal Ministero della sanità", la residua somma, pari a 36.128,5 mld. (comprensiva di 2.654,4 mld. per il finanziamento degli oneri relativi ai contratti ed alle convenzioni per il 1996), è stata considerata a carico dello Stato, in aggiunta, ai fini del calcolo del finanziamento, degli indicati contributi sanitari, stimati nella delibera in 50.610,8 mld.²⁷, del contributo delle Regioni a statuto speciale (4.273 mld.), nonché delle entrate proprie della U.S.L. (3.600 mld.). Le risorse effettivamente assegnate alle regioni, con tale delibera risultano pari a 33.474,2 mld.

A fronte di tale quadro previsionale, la spesa a livello regionale stimata dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della sanità, sulla base dei dati pervenuti²⁸ indica un ammontare provvisorio, per il 1996, di 99.884 mld. (92.803 mld. nel 1995), con un incremento del 7,6%; il relativo squilibrio è al momento stimato dall'Amministrazione, così come nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese, superiore ai tremila mld. Va peraltro evidenziato che nelle indicate costruzioni viene ad emergere una considerazione del F.S.N. "utilizzato" nell'anno, che prescinde dalle sole valutazioni di competenza, e include anche altre voci relative ad esercizi precedenti, ma appunto utilizzate nell'anno²⁹.

Al di là della analisi degli scostamenti registrati nell'esercizio, che hanno, come si è detto, valore meramente indicativo di un andamento complessivo, e che possono dunque registrare modifiche anche sensibili in sede di verifica, sulla base dei dati definitivi, deve comunque rilevarsi il permanere di un quadro previsionale ancora non coerente con gli andamenti effettivi. Atteso che le risultanze indicate sono, come evidenziato, in buona parte stimate e non consentono dunque una valutazione definitiva, essendo, come si è detto, suscettibili di sensibili scostamenti in fase di effettiva rendicontazione, la Corte si riserva di operare una più ponderata valutazione sulla base degli elementi informativi definitivi che verranno trasmessi ed acquisiti. Va in particolare segnalato che per molte Regioni non è al momento ancora pervenuta la relativa rendicontazione al Dipartimento della Programmazione e che, come già per il 1995, l'accorpamento effettuato dalle aziende, con la compresenza di sistemi differenziati di contabilità, genera sensibili problemi di consolidamento e non consente ancora una chiara leggibilità delle risultanze complessive.

Ad una prima sommaria analisi, sulla base degli elementi in possesso, e, come si è detto, suscettibili di ulteriori, anche sensibili scostamenti, emerge un aumento rispetto agli esercizi precedenti della spesa regionale, ora stimata in quasi centomila miliardi, rispetto ai 92.893 mld. dell'esercizio precedente, che aveva denotato una contrazione riguardo ai 94.557 mld. del 1994 ed ai 94.628 mld. del 1993; in tale esercizio si era invece registrata una flessione rispetto al 1992, esercizio che, con 95.503 mld. aveva, invece, evidenziato una forte crescita rispetto al 1991 (93.438 mld.). Quanto alla scomposizione per voci, sulla base dei dati provvisori riportati anche nella "Relazione generale sulla situazione economica del Paese" la spesa per il personale

²⁷ Da ultimo stimati in 51.459 mld..

²⁸ Si tratta al momento di stime elaborate su dati trasmessi da dieci regioni.

²⁹ E' da ricordare che nel 1995 aveva peraltro inciso positivamente l'andamento delle entrate proprie delle Aziende, inizialmente stimate, in 1.800 mld., e poi valutate in 3.472,2 mld., in aumento rispetto al 1994 (3.204 mld.) ed agli altri esercizi precedenti (2.620 mld. nel 1993; 2.331 mld. nel 1992; 2.532 mld. nel 1991).