

residui propri dell'esercizio; i residui totali a fine esercizio ammontano a 642,9 mld., rispetto a 693,6 mld. dell'esercizio precedente.

Sulla massa impegnabile per il 1997, costituita da 1.641,2 mld. (1.623 di stanziamenti definitivi, cui si aggiungono 18,2 mld. di residui di stanziamento) gli impegni totali ascendono a 1.573,4 mld. (con un rapporto del 95,9%; 92,8% nel 1996), di cui gli impegni effettivi sulla competenza sono pari a 1.555,2 miliardi e quelli sui residui di stanziamento a miliardi 18,2. I residui totali di stanziamento al 31 dicembre 1997 ammontano a 11,6 mld. (18,2 mld. nel 1996), integralmente derivanti dalla competenza.

La massa spendibile ascende, con 693,6 mld. (790,5 mld. nel 1996) di residui iniziali, a complessivi 2.316,6 mld., con un'autorizzazione di cassa di 2.053,2 mld.; a fronte di tali dati, i pagamenti totali risultano pari a 1542,7 mld. (1537,5 mld. nel 1996), che rappresentano il 66,6% (64,4% nel 1996) rispetto alla massa spendibile ed il 75,1% (70,3% nel 1996) rispetto alle autorizzazioni di cassa.

I residui totali a fine esercizio ammontano a 642,9 mld. (693,3 mld. nel 1996; 785,3 mld. nel 1995; 1.019,6 mld. nel 1994), di cui 405,4 mld. (462 mld. nel 1996) provengono dalla competenza (risultano infatti effettuati 381,3 mld. di pagamenti sui 693,6 mld. di residui iniziali); di questi i residui propri sono pari a 393,8 mld. La massa dei residui, pari a 642,9 mld., risulta quindi in flessione a fine esercizio rispetto ai valori corrispondenti degli esercizi precedenti (693,3 mld. nel 1996; 785,3 mld. nel 1995; 1.015,9 mld. nel 1994; 978,4 mld. nel 1993).

Si conferma, quindi, un andamento migliorativo negli esercizi considerati, pur permanendo anomale formazioni di residui con riguardo a singoli settori ed in particolare ai trasferimenti. Tale disfunzione è anche da ricondurre alla ancora confusa situazione dell'assetto organizzativo e gestionale dell'apparato, in ordine a cui, come si è detto nelle precedenti relazioni, solo a partire dell'esercizio 1996 è stato - tra l'altro - possibile riscontrare una più chiara corrispondenza tra articolazione strutturale e rappresentazione contabile. Va quindi ulteriormente ribadito, come principio basilare da tradurre operativamente, l'essenziale diretto collegamento tra centro di responsabilità e funzione istituzionale, ora più esplicitamente e con maggiore incisività da considerare in base alla recente legge di riforma del bilancio n. 94 del 3 aprile 1997, quale fulcro dell'attività amministrativa.

Con riguardo alla tradizionale classificazione economica del bilancio, ancora vigente per l'esercizio in esame, una specifica attenzione meritano, anche per le notazioni svolte sull'apparato, i trasferimenti operati da parte del ministero.

Alla categoria V risultano assegnati complessivamente 535 mld. di competenza (512,5 nel 1996), corrispondenti, in assenza di residui iniziali, alla massa impegnabile; gli impegni sono risultati pari a 486,7 mld. (434,6 mld. nel 1996), con 48,2 mld. di economie d'esercizio (77,9 nel 1996); il rapporto tra impegni totali e massa impegnabile è, per la categoria, dell'91% (84,8% nel 1996).

A fronte di una massa spendibile di 870,6 mld. (883,1 mld. nel 1996), di cui 535,9 mld. di stanziamenti e 335,6 mld. di residui iniziali e di una autorizzazione di cassa di 809,5 mld., i pagamenti totali risultano di 479,9 mld. (230 mld. sui residui e 249,9 mld. in conto competenza). I residui della competenza ammontano per la categoria a 236,9 mld. (268,6 mld. nel 1996) mentre i residui totali a fine esercizio sono pari a 326,9 mld. (335,5 mld. nel 1996).

Il rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile risulta del 55,1 % (51,7% nel 1996; 42% nel 1995; 47,4% nel 1994); analogamente non soddisfacente è il rapporto tra pagamenti totali e autorizzazioni di cassa (59,3%; 52,7% nel 1996): pur se emerge un positivo trend di incremento, in percentuale, permangono dunque ancora ritmi insoddisfacenti di spesa per i trasferimenti.

Le somme di gran lunga più consistenti sono quelle assegnate, con l'indicato accumulo di residui, 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, dei 266,2 mld. di assegnazioni di competenza, risultano pagati 69,9 mld., con 196,3 mld. confluiti in conto residui; sui 301,8 mld. di residui presenti ad inizio esercizio risultano pagati 206,5 mld., con 80,7 mld. ancora da pagare. Per l'attività di ricerca finalizzata, svolta dagli stessi Istituti, è invece previsto un altro capitolo (4046; cat. IV), sul quale risultano pagati, dei 31,1 mld. assegnati in competenza, solo 1,5 mld., mentre di 68,7 mld. di residui presenti ad inizio esercizio, risultano pagati 15 mld., con un totale di residui al 31 dicembre di 70,8 mld.

Tra i trasferimenti vanno altresì segnalati i 6 miliardi sul capitolo 2577, 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 attinente alla categoria IV, sui 6,8 mld. (1,4 nel 1996) della competenza risultano pagati 2,8 mld., con 3,7 mld. confluiti nel conto dei residui, mentre non risultano pagamenti nell'esercizio sui 12,3 mld. presenti all'1 gennaio 1997 con 5,6 mld. transitati in economia; complessivamente a fine esercizio, il capitolo espone 10 mld. di residui.

2.2 Le risultanze contabili per funzioni-obiettivo.

Come accennato, con la legge di bilancio per il 1998 (n. 453 del 1997) si è adottato per il ministero della sanità, uno schema per *funzioni-obiettivo* e *centri di responsabilità* così come delineato nel d.lgs. n. 279 del 1997, che risulta integralmente coincidente con la elaborazione che la Corte dei conti ha effettuato sin dal 1995 con carattere sperimentale, d'intesa con l'amministrazione.

Le funzioni obiettivo individuate, oltre a quelle generalmente previste per tutte le amministrazioni, quali l'"Indirizzo politico amministrativo" e i "Servizi generali", corrispondono alle attività demandate ai dipartimenti e alle altre strutture che delineano la fisionomia organizzativa del ministero, previste dal d.lgs. n. 266 del 3 giugno 1993, e dalla legge 6 febbraio 1996 n. 52 (legge comunitaria 1996, che ha istituito il dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza)²¹.

Delle funzione-obiettivo peculiari alle competenze del dicastero particolare valenza assume la *Ricerca scientifica*, che assorbe ben il 43,5% sul totale delle risorse stanziare (per il 1997 si tratta di 703,5 mld. di assegnazioni di competenza su di un totale di 1.623 mld.), delle quali 401,2 destinate al finanziamento²² dell'Istituto Superiore di Sanità (219,0 mld.), e dell'Istituto per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (182,2 mld.), mentre le rimanenti risorse, pari a 301,6 mld., sono destinate ai trasferimenti per il finanziamento dell'attività di ricerca e sperimentazione²³.

Alle risorse stanziare ad inizio esercizio debbono aggiungersi 0,3 mld. di residui di stanziamento, che portano la massa impegnabile a 703,8 mld., interamente impegnata a fine esercizio (99,9%). I pagamenti totali al termine dell'esercizio ammontano a 681,2 mld. su di una massa spendibile pari a 1080,2 mld., con 376,7 mld. di residui iniziali più 703,5 mld. di stanziamenti definitivi (63,1% della massa spendibile a fronte del 57,8% del precedente

²¹ Tali competenze specifiche sono state ridisegnate e ridistribuite da ultimo dal d.P.R. 518 del 96.

²² Naturalmente tali dati si riferiscono al finanziamento complessivo dei due istituti e comprendono dunque anche le relative spese di funzionamento.

²³ Vedasi paragrafo 1.3.

esercizio); risulta migliorato anche il rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa (70,1% rispetto al 63,1% del 1996).

La funzione-obiettivo *Farmaci*, cui a seguito della menzionata legge 52 del 96 corrisponde per il 1997 una specifica figura organizzativa e gestionale, ha uno stanziamento pari a 15 mld. (1% delle risorse attribuite al dicastero) dei quali circa 11,8 mld. (78,7% delle risorse della funzione-obiettivo) destinati al funzionamento (10 mld. per spese di personale). Risultano 3,2 mld. destinati agli interventi (20,1% delle risorse della funzione-obiettivo), per le spese di rilevamenti e studi in materia di farmacovigilanza, eseguiti da università od enti (cap. 4349), nonché per l'attività di informazione scientifica agli operatori sanitari (cap. 4347); ciò costituisce una sia pur limitata novità rispetto all'esercizio 1996, anno in cui il 100% delle risorse erano destinate al funzionamento.

Alle previsioni iniziali debbono aggiungersi 0,4 mld. di residui di stanziamento, che complessivamente determinano una massa impegnabile pari a 15,3 mld., dei quali 12,8 impegnati a fine esercizio (83,4% delle risorse disponibili). La massa spendibile ascende a 18,8 mld. (3,9 mld. di residui iniziali a cui si aggiungono 14,9 mld. di stanziamenti definitivi); i pagamenti totali al termine dell'esercizio ammontano a 12,4 mld. (65,7% della massa spendibile), con la formazione di circa 3 mld. di residui e 3,5 di economie; il rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa è pari al 78,2%, sensibilmente superiore rispetto al 1996 (+17,1%).

Alla funzione-obiettivo *Professioni sanitarie e risorse umane e tecnologiche* sono state attribuite risorse pari a 178 mld. (11% delle risorse del dicastero, con circa 9 mld. in diminuzione rispetto all'esercizio 1996) dei quali 12,8 mld. per funzionamento (10,6 mld. per il personale) - pari al 7,2% dell'intera funzione-obiettivo, senza variazioni di rilievo rispetto al 1996 - e 165,2 mld. per interventi, pari al 92,8% del complesso delle risorse della funzione. La riduzione nello stanziamento è interamente collocabile nelle spese per interventi ed è dovuta alle minori assegnazioni destinate quali rimborso per i soggetti danneggiati in modo irreversibile da trasfusioni o trapianti di cui al capitolo 1586. Agli stanziamenti iniziali debbono sommarsi 0,5 mld. di residui di stanziamento, che contribuiscono ad elevare la massa impegnabile a 178,6 mld., dei quali solo 131,7 impegnati a fine esercizio (73,7%).

I residui ad inizio esercizio ammontano a 14,2 mld., che sommati agli stanziamenti definitivi formano una massa spendibile pari a 192,2 mld., dei quali risultano pagati 134,3 mld. (69,8% del totale spendibile), con un positivo aumento nella utilizzazione delle risorse rispetto al 1996 (54,3% della massa spendibile); i conseguenti residui al 31-12-97 ascendono a soli 6 mld., essendosi formate delle economie pari a ben 52 mld. Il rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa ammonta al 73,5% (56,9% nel 1996).

L'attività corrispondente alla funzione *assistenza sanitaria e sociale*, al cui raggiungimento concorrono due centri di responsabilità (Professioni sanitarie e assistenza sanitaria di competenza statale e Vigilanza sugli enti), con circa 380,8 mld. di assegnazioni di competenza (8,6% in più rispetto al 1996) risulta essere una delle funzione-obiettivo che impegna maggiormente (23,5%) le risorse del ministero.

Delle assegnazioni di competenza, 41 mld. risultano imputati al funzionamento (10,5% dell'intera funzione-obiettivo), dei quali 16 mld. per il personale (invariati rispetto al 1996) e 339,8 mld. per interventi (89,2% della funzione-obiettivo); l'incremento per queste ultime di circa 40 mld. (+11,76%) rispetto al precedente esercizio, è quasi interamente da ascrivere alle maggiori assegnazioni destinate all'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero di cui al capitolo 1543; si registra invece una diminuzione di 8 mld. rispetto al precedente esercizio, nel comparto dell'acquisto di beni e servizi.

Ad inizio esercizio i residui ammontavano a 45 mld., che aggiunti agli stanziamenti iniziali hanno formato una massa spendibile pari a 425,9 mld., dei quali ne risultano pagati 403,1 (94,7% del totale), con 20,9 mld. di residui totali e 1,9 di economie. Pertanto il rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa (95,9%) si assesta sui valori del precedente esercizio (95,7%).

Alla funzione-obiettivo *Elaborazione della programmazione sanitaria e verifica sull'attuazione* sono stati attribuiti, per il 1997, 127,6 mld. (8% delle risorse del ministero), con circa 20,5 mld. di minori stanziamenti di competenza rispetto al 1996.

Alle spese per funzionamento sono stati destinati 108,8 mld. (dei quali 6,4 per personale, pressoché invariati con riferimento al precedente esercizio), pari all'85,3% della funzione-obiettivo, mentre risultano assegnati 18,8 mld., per interventi, sullo specifico capitolo 3042 per il finanziamento delle ricerche e sperimentazioni per programmi speciali interregionali. Tali risorse, sono state quasi interamente impegnate (99,3% di impegni sul totale della massa impegnabile, cui concorrono solo 0,4 mld. di residui di stanziamento).

Tra gli stanziamenti di competenza destinati al funzionamento, rilevano le assegnazioni per la gestione del sistema informativo sanitario di cui al capitolo 3038, pari a 95 mld. (111 nel 1996) dei quali risultano pagati 48,5 mld., con 46,5 mld. di residui.

Sulla massa spendibile complessiva (118,5 mld. di residui iniziali, che si assommano agli stanziamenti di competenza) pari a 246,1 mld., sono stati eseguiti pagamenti per soli 96,3 mld. (39,1%), determinando la formazione di 129,3 mld. di residui a fine esercizio, con un rapporto tra pagamenti ed autorizzazioni di cassa pari al 61,6%, inferiore del 10% all'analogo dato emergente dall'esercizio 1996. Le economie ammontano a 20,5 mld.

L'indirizzo politico amministrativo assorbe 45 mld., delle risorse del dicastero (3% del totale), dei quali 15,3 mld. per funzionamento (34% della funzione obiettivo, con un incremento di 1,6 mld. rispetto al 1996) e 29,6 mld. per interventi (pari al 65,8% della funzione-obiettivo), rappresentati, questi ultimi, quasi interamente dal contributo all'O.M.S. (capitolo 3573). La massa impegnabile, a seguito degli esigui residui iniziali (0,5 mld.) ammonta a 45,4 mld., quasi interamente impegnati (99,5% del totale).

I residui iniziali e gli stanziamenti di competenza hanno dato luogo ad una massa spendibile per 50,3 mld. e a pagamenti per 47,8 mld. (95,1% del totale), con 1,8 mld. di residui a fine esercizio e 0,6 mld. di economie, determinando un favorevole rapporto, del resto fisiologico conseguente alla natura delle spese, anche tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa (96,6%).

Alla funzione della *prevenzione sanitaria*, che nei documenti di pianificazione è destinata a ricoprire un crescente ruolo, sono assegnati il 3,5% degli stanziamenti complessivi del ministero (57,9 mld. su di un totale di 1623 mld.) con 37,5 mld. per spese di funzionamento dell'apparato organizzativo (33,7 mld. per il personale, senza variazione alcuna rispetto agli stanziamenti 1996); 20,4 mld. sono destinati ad interventi (11,8 mld. sono previsti nel capitolo 2052 per interventi anti-AIDS, capitolo che ha avuto minori stanziamenti per 1,5 mld. rispetto al 1996)²⁴.

I residui iniziali di stanziamento, (il cui importo è in proporzione elevato, pari a 13,6 mld.), uniti agli stanziamenti di competenza hanno costituito una massa impegnabile di 71,5 mld., dei quali solo 58,8 impegnati al 31 del 12 del 1997 (82,1% del totale), con una conseguente formazione di circa 11,7 mld., di residui totali di stanziamento (con circa 1,1 mld. di economie). La formazione di residui iniziali di stanziamento, anche nel corso di questo

²⁴ Gli ulteriori stanziamenti per circa 8,6 mld. complessivi, ripartiti tra varie funzione-obiettivo di 2° livello, sono destinati ai capitoli 2031, 2033, 2035, 2051, 2077 (da solo con 5 mld.), 2075, 2078 (1 mld.).

esercizio finanziario (nel 1996 erano 15,8 mld.), è indice di una persistente difficoltà nell'utilizzare le risorse disponibili entro il termine dell'anno di gestione.

La massa spendibile, data la consistenza dei residui iniziali (55,3 mld.), è costituita da 113,2 mld., dei quali solo 52,8 pagati (46,6% del totale della massa spendibile) a fine esercizio, mentre le economie sono state pari a 11,7 mld. Ne è conseguita la formazione di 48,7 mld. di residui totali a fine esercizio (55,6 nel 1996), con un rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 66,6%; tale indice, seppure aumentato rispetto al precedente esercizio del 4,8%, è tuttavia sintomo della già segnalata difficoltà, nella gestione delle risorse disponibili, pur considerate dallo stesso legislatore di elevato rilievo sociale.

Per la funzione-obiettivo *Nutrizione e sanità pubblica veterinaria* risultano stanziati, per il 1997, 57 mld. (3,50% sul complesso delle risorse attribuite al ministero) con 7,8 mld. di maggiori assegnazioni rispetto al precedente esercizio. Le risorse destinate al funzionamento sono pari a 29,8 mld. (52,3% della funzione-obiettivo), con 23,2 mld. per il personale (circa 2 mld. in diminuzione rispetto al 1996); gli investimenti, con 1,3 mld., hanno avuto un minore stanziamento rispetto al 1996 di circa 0,7 mld. Notevole invece è l'incremento per il 1997 delle spese per gli interventi (+10,5 mld.), per i quali sono destinati 26 mld. (45,6% della funzione-obiettivo), la metà dei quali riferiti ad iniziative finalizzate alla ricerca della sanità pubblica veterinaria (+5,4 mld. al cap. 2559). Le somme destinate agli investimenti (1,3 mld.) per l'acquisto di materiale per l'apparecchiatura di ricerca degli istituti zooprofilattici sperimentali, registrano un minore stanziamento (-0,7 mld.).

L'esiguità dei residui di stanziamento ad inizio esercizio (0,9 mld.) ha determinato una massa impegnabile (di poco superiore agli stanziamenti di competenza) pari a 57,9 mld., dei quali 55,2 impegnati a fine esercizio (95,42%). La massa spendibile ascende a 91,9 mld. (34,9 mld. di residui iniziali e 57 mld. di stanziamenti definitivi), dei quali risultano pagati solo 38,8 mld. (42,2%, percentuale che si assesta sugli stessi insufficienti valori del precedente esercizio), con 43,4 mld. di residui totali a fine esercizio; il rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa è pari al 46,3%.

All'attività di *vigilanza ed ispettiva* sono attribuiti stanziamenti pari a 15,5 mld. (1% delle risorse del ministero) con un incremento di 2,5 mld. riguardo al precedente esercizio, dei quali 11 mld. (71% della funzione-obiettivo) destinati al funzionamento (4 mld. al personale, con minori assegnazioni rispetto al 1996 di 0,5 mld.) e 4,5 mld. alle spese per interventi. Di queste ultime, 2 mld. sono destinati quale contributo per le spese di funzionamento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui al cap. 4065.

La massa impegnabile, considerati gli esigui residui di stanziamento (68 milioni), è pari a 15,5 mld., quasi totalmente impegnati a fine esercizio, ad eccezione di 0,3 mld. costituenti economie. I residui all'1 gennaio (pari a 5 mld.) aggiunti agli stanziamenti di competenza, formano una massa spendibile di 20,5 mld., della quale risultano pagati solo 15,8 mld. (76,8%, valore percentuale inferiore a quello del precedente esercizio assestatosi sull'83,5%). Il rapporto tra pagamenti totali e autorizzazioni di cassa è pari al 82,8%, anche in questo caso al disotto del precedente esercizio (-6,1%).

Al di là dei dati contabili ora esaminati, è da rilevare come il riconsiderato ruolo del Ministero nei confronti del S.S.N. e le esigenze di una più adeguata ripartizione dei compiti da attribuire ai dipartimenti e servizi, solleciti comunque ad una più puntuale determinazione delle funzioni di vigilanza e ispettive da svolgere all'interno ed all'esterno dell'apparato.

Per la funzione-obiettivo *Servizi generali* risultano stanziati 42,7 mld. (2,6% delle risorse del ministero) quasi interamente destinati alle spese per funzionamento (99,1% delle risorse della funzione-obiettivo), dei quali 22,4 (con un incremento rispetto al 1996 di 1,8 mld.) per personale. E' da notare che rispetto al 1996 le risorse destinate al funzionamento risultano

diminuite di circa 37,2 mld., la cui imputazione, dato lo stanziamento pressoché invariato per il personale, riguarda le spese per beni e servizi. La massa impegnabile ammonta a 43,6 mld. (0,9 mld. di residui di stanziamento ad inizio esercizio che si sommano agli stanziamenti definitivi) che risultano quasi interamente impegnati, mentre le economie risultano pari a 0,8 mld.

L'elevato importo dei residui totali all'1 gennaio 1997 (34,7 mld.) e gli stanziamenti definitivi hanno determinato una massa spendibile pari a 77,4 mld., sui quali sono stati effettuati pagamenti per soli 60,3 mld. (77,9%), con un rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa pari al 80,5%; i residui totali a fine esercizio si assestano a 15,4 mld., più che dimezzando la quota risultante nel precedente esercizio (34,6 mld.).

2.3 Analisi della gestione per centri di responsabilità.

I centri di responsabilità, già individuati dalla Corte e comunque operanti nell'esercizio finanziario 1997, sono coincidenti con le unità previsionali di base identificate dal d.lgs. 279 del 1997 e dalla successiva legge di bilancio n. 453 del 1997.

Il centro di responsabilità *Professioni sanitarie, assistenza sanitaria di competenza statale* registra stanziamenti di competenza pari a 525,7 mld. (32,4% delle risorse del dicastero) con un incremento di circa 24,8 mld. rispetto al 1996. Le maggiori risorse stanziare, rimanendo quasi inalterate le spese di personale (+0,4 mld.), possono imputarsi alla diminuzione delle spese per beni e servizi (-8,3 mld.), e all'aumento delle risorse destinate alle spese per intervento (+32,7 mld.), identificabili queste ultime, nei maggiori stanziamenti destinati al rimborso per le spese di assistenza sanitaria all'estero (+29,6%) previste dal capitolo 1543 e da minori residuali stanziamenti destinati ad altri obiettivi. L'indice di impegno per il centro di responsabilità in questione è pari al 91%, con 479,2 mld. impegnati su di un totale della massa impegnabile di 526,7 mld. (di cui solo 1 mld. di residui di stanziamento). Le economie di gestione, pari a 47,5 mld. (valore tra i più elevati del ministero) sono per la quasi totalità identificabili nella mancata utilizzazione di parte delle assegnazioni destinate al fondo per l'indennizzo ai soggetti danneggiati da trasfusioni, di cui al cap. 1586. Il rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile (pari a 584,5 mld. di cui 58,8 mld. di residui iniziali) per il centro di responsabilità in questione si attesta al 86,3%, mentre il rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa è pari all'88,5%, valori in ogni caso superiori agli analoghi dati 1996 (rispettivamente +10% e +6,5%).

Il centro di responsabilità *Programmazione sanitaria* risulta uno dei maggiori gestori delle risorse del dicastero, con 125,3 mld. di stanziamenti (7,7% delle risorse totali), dei quali 106,6 destinati al funzionamento e 18,7 agli interventi (interamente riferiti al cap. 3041, relativo a spese per programmi speciali di interesse interregionale, previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale). La massa impegnabile di 125,8 mld. (dati 0,4 mld. di residui iniziali di stanziamento), risulta impegnata per 125 mld. con un indice pari a 99,4% mentre risultano 0,8 mld. di economie. La massa spendibile ascende, stante i 114,7 mld. di residui all'1 gennaio 1997, a 240 mld., dei quali ne risultano pagati solo 93,7 con circa 20 mld. di economie e la formazione di circa 126,2 mld. di residui. L'indice relativo risulta pari al 39,1% (il più basso del dicastero) ed il rapporto tra pagamenti ed autorizzazioni di cassa del 61,2%.

Al centro di responsabilità *Prevenzione sanitaria* risultano attribuiti 58,9 mld. di stanziamenti definitivi di competenza (3,6% del totale del dicastero), dei quali 38,4 mld. destinati al funzionamento (34,7 per il personale), e 20,4 ad interventi, questi ultimi, per larga parte, destinati al finanziamento degli interventi per la lotta all'AIDS di cui al capitolo 2052 (con 11,8 mld. di stanziamenti ,circa 1,5 in meno rispetto al 1996), e per i trasferimenti destinati alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano per iniziative preventive di lotta contro la cecità di cui al capitolo 2077 (5 mld.). Sulla massa impegnabile, che ammonta a 72,7

mld. (a seguito della presenza di 13,9 mld. di residui totali di stanziamento), risultano impegnati al 31 dicembre 59,9 mld., con 11,7 miliardi di residui (elevata risulta anche in questo esercizio tale voce) e 1,1 mld. di economie. Il totale della massa spendibile, a seguito degli elevati residui iniziali, pari a 55,6 mld.²⁵ (nel precedente esercizio ammontavano a 69,6), ascende a 114,5 mld., dei quali 53,7 pagati, (46,9% della massa spendibile) con un rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa pari al 66,7%.

Il centro di responsabilità *Alimenti, nutrizione e sanità pubblica veterinaria*, con 57 mld. di stanziamenti (3,5% delle risorse del ministero) ha avuto maggiori risorse rispetto al 1996 (+18%) in parte rinvenibili nelle assegnazioni per interventi (+10,4 mld., dei quali 5,4 destinati alla ricerca della sanità pubblica veterinaria di cui al cap. 2559), mentre sono lievemente diminuiti gli stanziamenti destinati agli investimenti (da 2 mld. a 1,3 mld. destinati agli istituti zooprofilattici per l'acquisto di strumenti di ricerca di cui al cap. 7081). Il centro, su un totale della massa impegnabile di 57,9 mld. (risultavano all'1 gennaio 0,9 mld. di residui totali di stanziamento), ha impegnato 55,2 mld. (95,4% della massa impegnabile), mentre risultano 2,6 mld. di economie. Il totale dei pagamenti ammonta a 38,8 mld., su di un totale della massa spendibile pari a 91,9 mld., (stante l'elevato importo dei residui iniziali pari a 34,9 mld. e i 57 degli stanziamenti di competenza) con un indice pari al 42,2% (42,7% nel 1996), ed un rapporto tra pagamenti totali e autorizzazioni di cassa del 46,3% (49,9% nel precedente esercizio).

Il centro di responsabilità *Valutazione medicinali e farmacovigilanza*, reso autonomo centro gestionale dapprima dalla legge comunitaria n. 52 del 1996 e poi quale unità previsionale di base ai sensi del d.lgs. 279 del 93, registra per il raggiungimento della omonima funzione-obiettivo, stanziamenti di competenza pari a 14,9 mld. (0,9% delle risorse del ministero), dei quali 11,8 per funzionamento (10 mld. per il personale) e 3,2 mld. per interventi. La massa impegnabile, pari 15,3 mld., risulta impegnata per 12,8 mld., con la formazione di 2,5 mld. di economie, mentre dei 18,8 mld. che formano la massa spendibile (3,9 mld. di residui iniziali più 14,9 mld. di stanziamenti di competenza) risultano pagati 12,4 mld., con un indice pari al 65,7% ed un rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa pari al 78,2%.

Con 451,3 mld. di stanziamenti definitivi di competenza il centro di responsabilità *Organizzazione, bilancio e personale* assorbe circa il 27,8% delle risorse destinate al ministero, utilizzandone 49,7 mld. per il funzionamento (dei quali 3,5 di personale) e 401,6 per intervento, rilevando tra questi ultimi le risorse trasferite all'ISS ed all'ISPELS. La massa impegnabile, tenuto conto degli esigui residui di stanziamento (0,8 mld.) ammonta a 452,1 mld., dei quali 451,1 impegnati (99,8% della massa impegnabile) con 1 miliardo di economie, mentre sulla massa spendibile di 487,5 mld. (a seguito dei 36,2 mld. di residui all'1 gennaio) risultano pagati 452,1 mld. (92,7%); il rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa risulta pari al 94,3%.

Al centro di responsabilità *Rapporti internazionali e politiche comunitarie*, risultano assegnati 32,5 mld. di stanziamenti di competenza, dei quali 2,8 destinati al funzionamento (2,7 al personale) e 29,6 mld. per interventi, in larga parte destinati questi ultimi come contributo all'Organizzazione mondiale della sanità di cui al capitolo 3573. La massa impegnabile, pari a 32,5 mld., risulta quasi interamente impegnata (99,7% della massa impegnabile) con esigue economie (92 milioni), mentre della massa spendibile, pari a 36,4 mld. (dati 3,9 di residui iniziali all'1 gennaio), risultano pagati 35,9 mld. (con un indice di 98,6%; il rapporto tra pagamenti ed autorizzazioni di cassa è pari al 99,11%).

²⁵ Il centro di responsabilità riassumeva le competenze destinate ora all'istituto dipartimento dei farmaci e farmacovigilanza.

Al centro di responsabilità *Vigilanza sugli enti* risultano attribuiti stanziamenti per 339,3 mld. (21% del totale di amministrazione) rispetto ai 306,5 del 1996, dei quali 5,4 destinati al funzionamento (3,5 al personale), 332,8 mld. per intervento e 1,1 mld. per investimenti (si tratta delle spese previste nel capitolo 7572, relative all'acquisto, da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di materiale per la ricerca).

La massa impegnabile (costituita quasi per intero dagli stanziamenti di competenza in quanto i residui di stanziamento ammontano a soli 142 milioni), pari a 339,4 mld., risulta quasi interamente impegnata (99,9%), mentre esigue sono le economie (83 milioni).

La massa spendibile, a seguito degli elevati residui iniziali (379,7 mld., inferiori comunque, rispetto al precedente esercizio), si eleva, considerando gli stanziamenti di competenza, a 719 mld., dei quali risultano pagati 334 mld., con 357 mld. di residui totali e 28,2 mld. di economie; l'indice relativo è pari al 46,4%; (45,6% nel 1996); il rapporto tra pagamenti ed autorizzazioni di cassa al 54,4%.

Per le complessive valutazioni sulla problematica emersa nei recenti esercizi, relativi alla gestione, si rinvia al par. 1.3, tenendo conto della indicata specificità delle procedure e della esigenza di una riconsiderazione strategica del ruolo degli apparati preposti.

Per il *Gabinetto e uffici di diretta collaborazione all'opera del ministro* sono state stanziare risorse pari a 9,4 mld., interamente destinati al funzionamento, dei quali 8,5 per personale (90% del totale) e 0,9 mld. per beni e servizi, con valori approssimativamente in linea con gli stanziamenti 1996 (9,5 mld.). Gli stanziamenti iniziali, sommati ai residui di stanziamento all'1 gennaio 1997 (0,4 mld.), hanno costituito una massa impegnabile di 9,8 mld., dei quali 9,7 impegnati (99,2%) con economie minime, pari a 82 milioni. I pagamenti totali ammontano a 9 mld.; il rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile, si attesta al 85,2% (+7,6% rispetto al 1996), mentre il rapporto tra pagamenti totali e autorizzazioni di cassa è pari all'89,4% (+9,12% rispetto al 1996).

Il *Servizio ispettivo e unità di crisi* ha stanziamenti di competenza pari a 2,2 mld. (0,1% del totale degli stanziamenti dell'amministrazione con circa 0,7 mld. di minori stanziamenti rispetto al 1996), tutti destinati alle spese di funzionamento (il 90% dei quali per personale). La massa impegnabile, tenuto conto degli esigui residui di stanziamento all'1 gennaio (34 milioni), coincide praticamente con gli stanziamenti di competenza, mentre l'indice di impegno si assesta al 99,4% (89,1% nel 1996). Per la presenza ad inizio esercizio di circa 0,2 mld. di residui, la massa spendibile ammonta a 2,4 mld. dei quali 2,2 risultano pagati, con un indice pari al 90% (+9,8% rispetto al precedente esercizio) ed un rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa del 92,6% (81,9% nel 1996).

Il centro di responsabilità *Studi e documentazione*, con 2,7 mld. di stanziamenti iniziali (0,16% del totale amministrazione), quasi tutti destinati al funzionamento (0,7 mld. per personale, agli stessi livelli 1996) e solo 157 milioni destinati alle spese per intervento, registra una massa impegnabile pari a 2,7 mld. (2,6% del totale, di cui solo 28 milioni di residui di stanziamento all'1 gennaio), dei quali 2,6 impegnati a fine esercizio, con 154 milioni di economie. I pagamenti totali al 31 dicembre 1997 sono stati di 2,9 mld. sui 6,7 mld. del totale della massa spendibile (4 mld. di residui iniziali più gli stanziamenti di competenza) con un rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile del 42,9% e degli stessi con le autorizzazioni di cassa pari all'80%.

Il centro di responsabilità *Rapporti convenzionali con il servizio sanitario nazionale*, con 0,8 mld. (0,06% del bilancio del dicastero), di stanziamenti e 62 milioni di residui di stanziamento, ha impegnato, a fine esercizio, il 99,8% della massa impegnabile (con 2 milioni di economie); della massa spendibile, pari a 0,9 mld. (123 milioni di residui all'1 gennaio più

gli stanziamenti di competenza) risultano pagati 0,8 mld., con un indice pari all'85,3% ed un rapporto tra pagamenti e autorizzazioni di cassa dell'87,5%.

Alla *Segreteria del Consiglio superiore di sanità* risultano destinati 3 mld. di stanziamenti di competenza (invariati rispetto al precedente esercizio), dei quali 2,7 destinati al personale ed i rimanenti alle spese per beni e servizi, quasi interamente impegnati (97,9%), con appena 64 milioni di economie. La massa spendibile, considerando i 255 milioni di residui iniziali, è stata pari a 3,3 mld., con 2,9 mld. di pagamenti totali, (88,4% del totale) e un rapporto tra pagamenti totali e autorizzazioni di cassa pari al 90,2%; i dati gestionali sono analoghi ai valori del precedente esercizio.

3. La spesa sanitaria nel bilancio dello Stato.

3.1 *L'attività programmatica.*

La centralità del ruolo assegnato al ministero nell'esercizio dei compiti di indirizzo, programmazione e monitoraggio dei flussi finanziari del Servizio Sanitario Nazionale, ruolo che risulta ulteriormente ribadito dalla legge del 15 marzo 1997 n. 59 e dal d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112, sollecita, anche per l'esercizio in esame, una sintetica riflessione sulle principali misure adottate a livello centrale, con la segnalazione dei più significativi profili che ancora richiedono l'adozione di interventi correttivi, alla luce della ricostruzione delle risultanze contabili complessive che interessano la spesa sanitaria nel bilancio dello Stato.

Nell'attività programmatica nei confronti dell'intero Servizio sanitario nazionale, ove, nella complessa articolazione di responsabilità, le carenze ed i ritardi a livello centrale, vengono a ripercuotersi anche sulla programmazione regionale²⁶, di primario rilievo è la recente predisposizione del nuovo Piano sanitario nazionale, da tempo atteso, e che deve far seguito a quello approvato, dopo complesse vicende, ampiamente riferite dalla Corte nelle precedenti relazioni, con d.P.R. 1° maggio 1994, con una validità triennale (1994-1996). L'assenza protrattasi di tale fondamentale strumento di pianificazione ha infatti inciso negativamente sia sull'ordinato complessivo atteggiarsi del sistema, che sulla mancata coerenza delle previsioni programmatiche di spesa a fronte dei fabbisogni registrati. Pur se va registrato nel recente periodo un sensibile recupero nel processo di predisposizione del nuovo P.S.N. 1998-2000, che ha portato alla deliberazione preliminare del Consiglio dei ministri del 15 maggio 1998 ed alla presentazione del 21 maggio successivo, va rappresentata l'esigenza di un necessario rapido completamento dell'iter avviato e di un complessivo ulteriore rilancio della funzione programmatica, anche per realizzare concretamente i numerosi e qualificanti "Documenti di indirizzo" indicati come "adempimenti prioritari" nello stesso P.S.N., e con la cui adozione potrà finalmente dirsi effettivamente concluso il concreto processo di specificazione e di traduzione operativa degli obiettivi indicati.

Il nuovo documento, prevede, in luogo dei sei precedenti, tre livelli di assistenza, a loro volta articolati in sotto-livelli: si tratta dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; dell'assistenza distrettuale; dell'assistenza ospedaliera. Quanto al finanziamento dei livelli di assistenza - ora qualificati come "essenziali" ed "appropriati"-, la quota capitaria che "esplicita il valore pro-capite medio nazionale per assicurare la copertura finanziaria dei livelli di assistenza essenziali"- anche se "non costituisce l'equivalente finanziario dei servizi e delle

²⁶ L'elaborazione dei piani sanitari regionali ha denotato anch'essa ritardi ed inattuazioni: i piani regionali avrebbero dovuto vedere la luce entro 150 giorni dalla pubblicazione del piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996, avvenuta il 23 luglio 1994. In tale contesto sui profili programmatici, va ricordato anche il collegato per il 1997, che ridisciplina, tra l'altro, il rapporto di programmazione delle Regioni nel processo di definizione dei piani annuali preventivi delle prestazioni erogabili dalle strutture pubbliche e private, nell'intento di pervenire ad un migliore equilibrio delle gestioni.

prestazioni da assicurare dello Stato ad ogni cittadino" - è determinata per il 1998, in lire 1.783.200, da incrementare del 1,5 % per gli esercizi successivi.

Nella ricostruzione dei profili finanziari, non appaiono dunque definitivamente dissipate le perplessità già avanzate, con riguardo al precedente documento, sulla piena congruità degli indicati valori programmatici di spesa con i costi dei previsti servizi²⁷. In ordine a tali delicati aspetti, la Corte aveva sollecitato - anche alla luce delle risultanze contabili, che hanno sinora costantemente evidenziato squilibri gestionali tra quantificazioni previsionali ed effettivo fabbisogno - l'adozione di una rappresentazione basata su di una più puntuale correlazione tra livelli di assistenza da assicurare e quota capitaria riconosciuta, in particolare per quanto riguarda il raffronto tra tipologie di prestazioni da assicurare e relativi costi²⁸.

Il raggiungimento dei risultati attesi, di così ampio rilievo anche finanziario, presuppone, al fine di evitare quelle tensioni e quegli irrigidimenti sugli equilibri di bilancio, sia statale che regionale, verificatisi reiteratamente nel recente passato, e causa di un ricorrente ricorso a provvedimenti di ripiano, una più adeguata e consapevole definizione delle scelte programmatiche, di cui si mostrano comunque maggiormente avvertiti i recenti documenti governativi.

Ad una corretta riallocazione delle risorse e ricomposizione dei corretti percorsi programmatori dovrebbe risultare funzionale, nel disegno complessivo, la Relazione sullo stato sanitario del Paese (art. 1, comma 6, d.lgs. n. 502), finalmente resa, per gli anni 1992-1996, dopo quella presentata nell'ormai lontano 1991, e che contiene un bilancio, sia pur dichiaratamente non esaustivo, della prima fase di avvio della riforma disegnata dai dd.lgs nn. 502 del 1992 e 517 del 1993; nel prendere atto di tale essenziale adempimento, va segnalata la necessità di un rispetto anche delle cadenze temporali normativamente previste, per consentire una adeguata e tempestiva conoscenza delle dinamiche del S.S.N..

L'esigenza di un quadro conoscitivo complessivo degli andamenti e delle problematiche emerse è oggi ulteriormente ribadita dalla legge 15 marzo 1997 n. 59 e dal d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112, oltre che dalla legge n. 449 del 1997 (collegato per il 1998). Uno specifico profilo, già segnalato dalla Corte, concerne la necessità di consentire, anche attraverso la legislazione regionale, un adeguato rapporto tra nuovi modelli di rappresentazione contabile e gestionale e le esigenze di conoscibilità complessiva dei flussi finanziari interessanti il sistema (art. 16 legge n. 362 del 1988). Un approfondimento della indicata problematica appare ancora necessario per consentire un effettivo monitoraggio ed una "leggibilità" complessiva degli andamenti finanziari nel loro impatto sugli equilibri di finanza pubblica, anche a fini riallocativi delle risorse: tale esigenza appare infatti sempre più avvertita in coerenza con il processo di sviluppo delle autonomie e di evoluzione dell'ordinamento, che postula appunto, in sintonia anche a quanto affermato dalla Corte Costituzionale, lo sviluppo dei momenti "conoscitivi" e "neutrali" di monitoraggio e di ricomposizione.

La gestione successiva all'1 gennaio 1995²⁹ trova, come è noto, 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

²⁷ Per il 1997 le risultanze al momento stimate, indicano una spesa pro-capite pari a L. 1.861.573; vedi *infra*, par. successivo.

²⁸ E' al riguardo previsto che l'esplicitazione della metodologia seguita per la determinazione della quota capitaria, "in risposta a precise esigenze di trasparenza e chiarezza nei rapporti tra Stato e Regioni", sia rinviata ad uno specifico documento tecnico.

²⁹ Vanno 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 l. 724 del 1994 (collegato alla finanziaria per il 1995) e successive modifiche, che ha previsto una netta separazione delle gestioni finanziarie anteriori all'1 gennaio 1995.

servizio reso, da valutare attraverso forme di controllo di gestione, coerenti con gli elementi di managerialità e di concorrenzialità³⁰ che, sia pur gradualmente introdotti nel sistema, si inseriscono in un complessivo disegno strategico di rivisitazione del modo di agire pubblico.

In parallelo all'indicato rilievo della rappresentazione contabile degli andamenti gestionali delle aziende³¹ è da inquadrare il sistema di finanziamento "a prestazione". Con d.m. 30 giugno 1997, sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al d.m. 14 dicembre 1994. Persistono, peraltro, come esplicitato anche nel P.S.N., ulteriori esigenze di integrazione e di completamento della modalità di remunerazione dei soggetti erogatori³².

Il sistema appare comunque ancora in via di ulteriore definizione e precisazione sia a livello normativo che nella realtà operativa; mentre solo nei recenti esercizi si è effettivamente avviato il processo di aziendalizzazione disegnato dalla riforma dei dd.lgs. 502-517, sono in corso di avanzato esame parlamentare le importanti modifiche proposte nel d.d.l. n. 4230 - collegato "istituzionale" alla finanziaria 1998, che prevede una delega al Governo su fondamentali profili del S.S.N.^{33 34}

Al fine di consentire un corretto avvio delle nuove strutture, appare altresì necessaria, come più volte già rappresentato dalla Corte, una definizione della pregressa rilevante situazione debitoria, presa ulteriormente, anche se non ancora esaustivamente, in esame dal legislatore (legge 11 febbraio 1997, n. 21)³⁵.

³⁰ Con il 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 modifiche.

³¹ 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 dall'1 gennaio 1997 alle regioni ed al ministero. 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 del '96, relative al profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari.

³² Nel complesso, punti problematici e che sollecitano ancora ulteriore attenzione, anche attraverso la delega da esercitare in base al d.d.l. 4230, ed agli altri interventi programmatici, sono il riequilibrio tra domanda ed offerta di servizi sanitari, con il ruolo da riconoscersi al "pubblico" non solo in termini di regolazione, ma anche sul versante della produzione di servizi e di interazione con gli altri soggetti, e la conseguente possibile rivisitazione delle modalità di remunerazione.

³³ Da sottolineare al riguardo, il previsto rafforzamento del ruolo dei sindaci nella partecipazione alla programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale. E' anche prevista la possibilità, sempre per i comuni, di assicurare alle relative popolazioni, mediante contrattazione con le aziende USL e l'impegno di risorse proprie, l'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori rispetto a quelli garantiti a livello regionale. Altro criterio di delega è quello che intende perseguire una maggiore flessibilità nella gestione delle varie professionalità, la responsabilizzazione dei dirigenti con unicità del relativo ruolo, la riconduzione del loro rapporto di lavoro al diritto comune e alla contrattazione, la facoltà da parte delle aziende di stipulare contratti a tempo determinato con personale laureato. E' anche ridefinito l'istituto dell'accreditamento, con la realizzazione di apposito modello per le Regioni, ai fini della disciplina necessaria che preveda una attività di revisione organizzata, sistematica e continuativa, mediante apposito sistema informativo, delle prestazioni erogate.

³⁴ In ordine al regime di compartecipazione alla spesa, è da segnalare, poi, in attuazione dell'art. 50 della legge n. 450 del 1997, l'emanazione del d.lgs. n. 124 del 1998.

³⁵ La legge 21 del 1997 consente complessivamente il ripiano, attraverso mutui, di circa 8.500 mld., a fronte degli oltre 11.000 calcolati al 31 dicembre 1994. La norma 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. 1 bis) 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 del 1988. Da ricordare che, nello stato di previsione del ministero del tesoro, sono allocati gli oneri dei mutui autorizzati per fronteggiare la maggior spesa sanitaria registrata negli esercizi precedenti.

3.2 Le risultanze contabili nel bilancio dello Stato.

3.2.1 La spesa di parte corrente.

Come già avvenuto nelle precedenti relazioni, appare utile riferire unitariamente sulle risultanze contabili che emergono, per la sanità, dal rendiconto generale dello Stato, e che insistono, come è noto, su diversi stati di previsione³⁶; tale ricognizione, conferma l'esigenza, già prospettata, di una unitaria riconsiderazione della spesa gravante sul bilancio dello Stato.

Va segnalata la divaricazione ordinamentale riscontrabile tra il centro di imputazione delle responsabilità programmatiche, di indirizzo, di monitoraggio, di proposta di riparto delle risorse, e la relativa allocazione, effettuata su specifici capitoli dei ministeri del bilancio e del tesoro, amministrazioni ora unificate in base alla recente legge n. 94 del 1997. Alla luce di principi di riforma sia della struttura del bilancio, ridisegnata sulla base di funzioni-obiettivo e di un più stringente raccordo con i centri di responsabilità, nonché della revisione delle funzioni attribuite al CIPE (art. 7, comma 2, lett. a) ed e), si ripropone dunque in maniera più attuale il problema, già segnalato dalla Corte, della opportunità di una riconduzione unitaria della spesa destinata alla sanità nella nuova articolazione del bilancio dello Stato.

In tale ottica va ricordata anche la proposta elaborata dal gruppo di lavoro, costituito per definire la classificazione del bilancio dello Stato secondo il SEC 1995, che assume come unità di base, le funzioni-obiettivo già elaborate dalla Corte dei conti³⁷. Alla funzione Sanità concorrono risorse gestite da sei ministeri (Tesoro, per la maggior parte, Bilancio, Lavori pubblici, Difesa, Università e Sanità). Per essa si registrano 56.434 mld. di assegnazione di competenza, con una autorizzazione di cassa pari a 29.440 mld., con 4.448 mld. di residui iniziali; gli impegni totali ascendono a 55.042 mld., di cui 54.731 mld. relativi alla competenza, sui quali risultano pagati 24.302 mld.; inoltre, risultano pagati in conto residui 2.501 mld. E' da considerare che il Ministero della Sanità, in base a tale ricostruzione, gestisce appena il 2,7% del totale degli stanziamenti di competenza riferibili alla funzione: è quindi allo stato non riconducibile ad esso, sulla base di tali dati, una diretta responsabilità gestionale nella realizzazione delle politiche pubbliche di settore, riguardo alle quali l'Amministrazione contribuisce in misura determinante sul versante programmatico.

Nella nuova articolazione di funzioni e compiti nel S.S.N., 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 in stretta correlazione con gli andamenti e le grandezze complessive degli equilibri finanziari di queste ultime, anche se permane comunque la specificità della voce relativa al Fsn, pur nella nuova disciplina delineata dall'art. 3 della legge n. 549 del 1995 (legge finanziaria per il 1996).

Come emerge dalla *"Relazione generale sulla situazione economica del Paese"*, va segnalato, per il 1997, uno squilibrio gestionale crescente, rispetto ai due esercizi precedenti, tra quantificazioni previsionali definite con la decisione di bilancio ed effettivo fabbisogno; tale

³⁶ Vedi tabella nel testo.

³⁷ Con tale accordo, al fine di rendere possibile una più stretta relazione fra contabilità pubblica e contabilità nazionale dei paesi membri dell'Unione Europea, si è stabilito di uniformare la formazione del bilancio consolidato della P.A. alla classificazione funzionale classica, che per la contabilità nazionale è rappresentata dalla Classification of the Function of Government (COFOG). Tale classificazione, recentemente sottoposta a revisione a livello internazionale è mutuata dalla classificazione adottata dall'OCSE ed è espressamente previsto debba essere recepita dal bilancio statale. Infatti in base all'art. 5 comma b della l. n. 94 del 1997: "Le classificazioni economica e funzionale si conformano ai criteri adottati in contabilità nazionale per i conti del settore della P.A.". In base alla proposta di adeguamento formulata dalla Corte dei conti, le spese dello Stato vengono classificate per funzioni-obiettivo in base a tre livelli denominati 01, 02, 03. Ad ognuno dei 12 livelli principali 01 corrisponde una funzione (una esauriente descrizione del sistema COFOG può essere tratta nella parte generale della relazione nell'apposita nota metodologica che accompagna la elaborazione dell'intera classificazione).

scostamento, sulla base delle stime provvisoriamente effettuate dall'Amministrazione, che risulta al momento quantificabile in circa 8.000 miliardi, appare di dimensioni ben maggiori che nel 1996 e nel 1995³⁸. In tal senso, va dunque positivamente registrato l'obiettivo di una più realistica considerazione del fabbisogno del settore per il 1998, anche se dai documenti di bilancio non è tuttora possibile procedere ad una puntuale ricostruzione delle complessive previsioni programmatiche di spesa per tale fondamentale settore³⁹.

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 38.675,3 mld. (rispetto ai 40.587 del 1996 e ai 39.458,8 del 1995), di cui risultano impegnati, e pagati nell'esercizio, solo 9.024,9 mld., con 29.629,6 mld. di residui di competenza, che aggiunti ai 572,4 provenienti dagli esercizi precedenti, portano l'ammontare complessivo dei residui del capitolo a fine esercizio a 30.222 mld.⁴⁰.

Come già evidenziato dalla Corte, la significatività di tale capitolo per individuare la effettiva spesa di parte corrente sostenuta dal S.S.N. è molto relativa, in quanto al di là di oneri ulteriori rispetto alla voce fondamentale del finanziamento della spesa regionale, che ancora vi insistono⁴¹, è da tener conto del ruolo determinante, che in base alla riforma del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche, rivestivano i contributi sanitari, attribuiti direttamente alle regioni, ed a partire dall'esercizio in corso rivestono il gettito dell'addizionale regionale sull'IRPEF e soprattutto dell'IRAP (art. 38 d.lgs. n. 446 del 1997).

Il Fsn di parte corrente, viene in sostanza a qualificarsi come integrazione dello Stato alle risorse proprie delle Regioni, ed in primo luogo appunto, dei contributi sanitari, che, come è noto, prima della riforma del 1992 affluivano ad apposito capitolo dello stato di previsione dell'entrata, e che sono ora ricompresi nell'IRAP (art. 36 d.lgs. n. 446 del 1997); da ciò l'importanza di una esplicita rappresentazione della stima del relativo gettito previsto anche in sede di impostazione e definizione della manovra di bilancio, 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. n. 502 del 1992, modificato dal d.lgs. n. 517 del 1992 ed ora dall'art. 39, comma 3 del d.lgs. n. 446 del 1997) sullo Stato di provvedere ad

³⁸ I relativi squilibri, indicati anche nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*, risultano complessivamente di circa 3.500 mld.

³⁹ Per il 1998, sono previsti, per il cap. 5941, ove è allocato il F.S.N. di parte corrente, 41.850 mld., con un aumento di circa 3.000 mld. sulle previsioni del blv 1998 (38.900 mld.).

⁴⁰ Il dato si iscrive nella complessiva manovra di restringimento della cassa adottata dal Governo; va comunque segnalato, che per il settore, in base all'art. 11, comma 17 del d.lgs. 502 modificato dal d.lgs. n. 517, le somme corrispondenti alle previsioni (contributi più Fsn) sono anticipate dal Tesoro alle Regioni, attraverso accreditamenti in tesoreria. In base ai dati riportati nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*, le giacenze di tesoreria delle aziende sanitarie registrano al 31.12.1997 una netta flessione rispetto alla stessa data dell'anno precedente, passando da 10.814 mld. a 6.955 mld. (-35,7%) per la parte corrente, e da 2.042 mld. a 1.703 mld. (-16,6%) per la parte in conto capitale.

⁴¹ 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 lo CRI e gli IZS; 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, quale richiesta dalla l. n. 94 del 1997, trovare autonoma allocazione.

Quanto a tali specifici aspetti, con delibera n. 43 del 1998, la Sezione del controllo si è pronunciata negativamente sulla prevista programmazione del fabbisogno dei medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione e sulle modalità di riassorbimento del numero di borse di studio relative.

apposita integrazione, da indicare nella legge finanziaria, in ordine all'eventuale differenza del gettito effettivo rispetto alla stima prevista⁴².

Per il 1997, nella delibera CIPE del 5 agosto 1997 i contributi, risultano stimati in 52.820,8 mld. e la quota del Fsn ripartito tra le regioni ammonta a 35.743,9 mld. Nella quantificazione del finanziamento per il 1997, in aggiunta agli indicati importi del F.S.N. e dei contributi sanitari, risultano calcolati anche 5.474 mld. (4.273 nel 1996 e 3.130 nel 1995) di contributo delle Regioni a statuto speciale, in base alla legge n. 38 del 1990 e successive modifiche, nonché 3.800 mld. di entrate proprie delle UU.SS.LL.⁴³. Le risorse effettivamente assegnate alle regioni, con tale delibera, risultano dunque pari a 35.743,9 mld. E' da segnalare che, in attuazione del collegato alla finanziaria per il 1997⁴⁴, viene effettuata una correzione dei criteri di riparto del Fsn, in precedenza riferiti alla sola consistenza numerica della popolazione residente, con l'introduzione di taluni ulteriori parametri correttivi (frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, altri indicatori relativi alla definizione dei bisogni territoriali).

A fronte di tale quadro previsionale, la spesa a livello regionale indicata dal Dipartimento della Programmazione del ministero della sanità, indica un ammontare provvisorio, per il 1997, di 106.730 mld. (99.472 mld. nel 1996 e 92.803 mld. nel 1995)⁴⁵ con un incremento del 7,3%.

Va comunque segnalato che per molte Regioni non è ancora pervenuta la relativa rendicontazione al Dipartimento della Programmazione e che, come già per il 1996 ed il 1995, la compresenza di sistemi differenziati di contabilità, genera sensibili problemi di consolidamento e non consente ancora una chiara leggibilità delle risultanze complessive.

Quanto alla disaggregazione per voci, sulla base dei dati provvisori riportati anche nella *"Relazione generale sulla situazione economica del Paese"*, la spesa per il personale risulterebbe sensibilmente incrementata (10%), anche in relazione al pagamento dei contributi previdenziali sulle competenze accessorie (legge n. 335 del 1995) e degli oneri relativi agli accordi integrativi regionali.

Per la spesa farmaceutica convenzionata, a seguito della fissazione di un tetto di 9.000 mld., inizialmente posto dalla legge n.724 del 1994, poi elevato a 9.600 dalla legge n. 662 del 1996, e da ultimo fissato, in base all'art 3 del d.l. del 1996, n. 630. convertito dalla legge del 1997 n. 30, in 11.355 miliardi, "fermo restando il mantenimento delle occorrenze finanziarie delle regioni nei limiti dello stanziamento determinato in ragione della quota capitaria", emergerebbe una spesa di 11.952 miliardi (+11,1 rispetto al 1996).

⁴² Come è noto, nei primi esercizi di attuazione della riforma si è infatti registrato un sensibile scarto (oltre seimila miliardi nel 1993 ed oltre duemila miliardi nel 1994) successivamente attenuatosi (1305 mld. nel 1995) Rispetto a quanto evidenziatosi nei primi due anni di applicazione del nuovo sistema, con le negative ripercussioni, già evidenziate dalla Corte, sulla attendibilità delle costruzioni programmatiche, sembra comunque emergere una più corretta corrispondenza e coerenza tra stime previsionali ed effettivo accertamento.

⁴³ Più dettagliatamente con la indicata delibera CIPE del 5 agosto 1997, dallo stanziamento di 37.210 mld., dedotti 174 mld. assegnati alla Croce Rossa, 42,5 mld. per compensazione della mobilità interregionale in Favore della Provincia di Bolzano e della Regione Friuli, 189,2 mld. da assegnare all'ospedale Bambino Gesù (sinora ricompresi nel trasferimento alla regione Lazio), 1.060,4 mld. accantonati, "in attesa di proposte dal ministero della sanità", la residua somma, pari a 35.743,9 mld. (36.128,5 mld. nel 1996), è stata considerata a carico dello Stato, in aggiunta, ai fini del calcolo del finanziamento, degli indicati contributi sanitari, stimati nella delibera in 52.820,8 mld. del contributo delle Regioni a statuto speciale 4.273 mld., nonché delle entrate proprie della U.S.L.(3800 mld.).

⁴⁴ art.1, c. 34.

⁴⁵ Nel 1995 si era registrata una contrazione riguardo ai 94.557 mld. del 1994 ed ai 94.628 mld. del 1993; ove 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.).Va peraltro evidenziato che nelle indicate elaborazioni 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'anno.

La voce relativa ai beni e servizi (+18,7% rispetto al 1996), che in base alla legge n. 724 del 1994, avrebbe dovuto risultare del 14% ridotta rispetto al 1993, risulta invece in aumento, anche rispetto alla rivalutazione consentita dalla legge n. 449 del 1997, in considerazione dell'effettiva lievitazione dei prezzi di mercato e del crescente impiego di tecnologie sofisticate. Va poi segnalato un incremento nella voce per interessi passivi (108 mld. +43,8%) derivante anche da carenza di liquidità da parte delle Regioni per far fronte alle situazioni debitorie di esercizi pregressi. Nel complesso, emerge ancora l'esigenza di una maggiore trasparenza nella gestione dei flussi di cassa tra Tesoro, Regioni ed Aziende.

Riemerge dunque un più sensibile scarto, rispetto ai due esercizi precedenti, tra l'effettivo fabbisogno e le quantificazioni programmatiche: il crescere di scostamenti tra stime previsionali e fabbisogni lascia dunque aperto il problema della copertura delle eccedenze⁴⁶ e sollecita una più trasparente e coerente ricostruzione previsionale e programmatica, al fine di porre termine sia a tensioni e squilibri a livello finanziario regionale⁴⁷ che all'irrigidimento della spesa statale per oneri per interessi per ripiano della maggior spesa riscontrata. Va peraltro segnalata una tendenza ad una stabilizzazione in termini percentuali della spesa sanitaria sul P.I.L. (6,06% nel 1993; 5,80% nel 1994, 5,27% nel 1995; 5,34% nel 1996; 5,48% nel 1997)⁴⁸.

Con riferimento agli effetti della manovra per il 1997, la Corte aveva segnalato il pericolo - più volte verificatosi anche nel passato - di uno scostamento delle risultanze di consuntivo a fronte delle previsioni, evidenziando che alle misure proposte dal governo nel collegato alla finanziaria, ispirate da prevalenti intenti di razionalizzazione del sistema, non era agevole riconoscere e quantificare puntualmente un immediato effetto riduttivo, anche tenuto presente dell'esperienza di talune analoghe pregresse disposizioni. Come riferito nella relazione quadrimestrale n. 1 del 1997, e riconosciuto nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese* solo l'aumento della partecipazione finanziaria delle regioni a statuto speciale Friuli-Venezia Giulia, Sicilia e Sardegna (810 mld.) e la ridefinizione delle quote di spettanza dei grossisti e dei farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico, (160 mld.) hanno infatti prodotto i risultati di risparmio attesi nell'anno⁴⁹.

⁴⁶ E' al riguardo da ricordare la sentenza n. 416 del 28 luglio 1995, della Corte costituzionale che conferma una impostazione, in tema di rapporti tra Stato e Regioni, coerente con la precedente giurisprudenza (Cfr. n. 355 del 1993), in ordine alla necessaria gradualità del processo di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, specie laddove concorrano, nella formazione di disavanzi, oneri conseguenti a scelte non riconducibili alle stesse.

⁴⁷ Va precisato che è consentito alle Regioni di derogare ai limiti di spesa fissati per talune voci (es. per i beni e servizi) della legge n. 724 del 1994, nel caso in cui le stesse certifichino il mantenimento delle proprie occorrenze finanziarie entro i limiti dello stanziamento determinato in ragione della quota capitaria ragguagliata ai livelli uniformi di assistenza sanitaria (per il 1997, inizialmente fissata in 1.685.330, e successivamente rideterminata, in 1.707.484 lire, la quota pro capite di spesa regionale viene calcolata in 1.861.573).

⁴⁸ Dati contenuti nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*.

⁴⁹ Tempi più lunghi richiedono i risultati di risparmio attesi dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, mediante riduzione dei posti-letto non sufficientemente utilizzati, ed il potenziamento delle strutture di *day hospital* (200 mld. di risparmi previsti dal Governo per il 1997), dall'avvio di un sistema di responsabilizzazione dei medici di medicina generale nel rilascio delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, anche attraverso incentivi di ordine finanziario e la predisposizione, da parte del ministero della sanità, di *percorsi diagnostici di riferimento*, finalizzati appunto ad evitare prescrizioni non necessarie, con un risparmio, atteso per il 1997, di 450 mld.; dalla razionalizzazione del sistema dell'acquisto di beni e servizi del S.S.N., con conseguente riduzione dei costi unitari, con la istituzione di un osservatorio sui prezzi relativi, con il compito di diffondere valori e criteri di riferimento a supporto delle decisioni gestionali locali, con una minore spesa prevista per il 1997 in 200 mld. (negli anni successivi i risparmi erano quantificati in circa 600 mld., pari al 3% della spesa relativa). Tali - in larga parte condivisibili - obiettivi, cui sono da ascrivere peraltro risparmi "a regime", appaiono ripresi sia nella manovra per il 1998 che nei fondamentali documenti programmatici (P.S.N. 1998-2000 e DPEF).

3.2.2 La spesa in conto capitale.

Per quanto concerne la spesa in conto capitale, la stessa trova allocazione in diversi capitoli del Rendiconto generale dello Stato.

Sul piano contabile è da rilevare l'esigenza di una maggiore trasparenza ed univocità di allocazione delle risorse destinate ed investimenti nel settore della sanità⁵⁰.

Sul cap. 7082 dello stato di previsione del ministero del bilancio è allocato il FSN di parte capitale. Con delibera CIPE del 5 agosto 1997, lo stanziamento per il 1997, di 400 mld., risulta distribuito alle regioni per 385 mld. (di cui 45 mld. come quota di riequilibrio), con 15 mld. da destinare ai IRCCS e IZS. Nell'indicato capitolo 7082 sono allocate le risorse utili sostanzialmente alla sola manutenzione straordinaria ed agli acquisti di attrezzature sanitarie in sostituzione di quelle obsolete, nonché per gli interventi urgenti relativi alle emergenze sanitarie ed al rischio anestesilogico.

Lo stanziamento (che era di 520 mld. nel 1996; 302 mld. nel 1995, 300 mld. nel 1994, 792 mld. nel 1993), risulta integralmente passato a residui, come nell'esercizio precedente, mentre sui 520 mld. di residui iniziali risultano pagati nell'anno solo 75,4 mld., con 444,6 mld. di residui. Complessivamente, a fronte di una autorizzazione di cassa pari a 200 mld., i pagamenti dell'esercizio ascendono a 75,4 mld.

Sul cap. 7085 dello stesso stato di previsione, relativo agli oneri derivanti dai mutui contratti per le esigenze di manutenzione straordinaria e per la sostituzione delle attrezzature obsolete, risultano stanziati, come nell'esercizio precedente, 288 mld., di cui pagati 248,9 mld., con 39 mld. di residui.

Nello stesso stato di previsione insistono (cap. 7084) gli oneri derivanti dai mutui contratti per l'edilizia sanitaria, ai sensi dell'art. 20 della legge 11 maggio 1988, n. 67⁵¹; sui 290 mld. della competenza, come nell'esercizio precedente, risultano pagati 203,7 mld., con 86,3 mld. di residui.

Una analoga denominazione di bilancio rivestono le somme allocate sul cap. 7855 del ministero del tesoro, recante *"Oneri per capitale ed interessi a carico dello Stato per ammortamento mutui con la Bei ed altri Istituti di credito per l'esecuzione di un programma pluriennale di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché per la costruzione e ristrutturazione di reparti di ricovero per malattie infettive"*, con 450 mld. di assegnazioni definitive di competenza, sui quali risultano pagati 402,7 mld., con 47,3 mld. di economie.

E' da ricordare che con d.l. n. 396 del 2 ottobre 1993, convertito nella legge n. 492 del 4 dicembre 1993, la gestione delle istruttorie per gli interventi previsti dalle citate leggi n. 67 del 1988 e n. 135 del 1990 è stata attribuita direttamente alle Regioni, alle Università con Policlinici a gestione diretta, nonché agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico competenti, così accentuando, anche nel campo della spesa per investimenti in materia sanitaria, un più incisivo ruolo delle Regioni, analogamente alla maggiore corresponsabilizzazione amministrativa e finanziaria riferita alla spesa corrente⁵². Una

⁵⁰ Oltre agli indicati capitoli, è da ricordare che nello stato di previsione del ministero della sanità è stato operante, sia pure solo con riferimento ai residui, anche per il 1997 il cap. 7531 (ex cap. 8054), destinato alla costruzione e ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e l'istituzione ed il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia ed immunologia (l. n. 135 del 1990) privo di stanziamenti di competenza; i 18,4 mld. di residui risultano integralmente pagati.

⁵¹ Tale legge reca un "programma straordinario di interventi in sanità", per un importo complessivo di 30.000 mld.

⁵² Una analisi più dettagliata è dunque contenuta nella relazione sulla gestione finanziaria per gli esercizi dal 1991 al 1996, recentemente resa dalla Corte, Referto n. 22 del 98.