

vincolato da specifiche normative⁴³; 1.109,9 milioni di euro per finanziare programmi particolari previsti dalla legge n. 662/96 (articolo n. 1 commi 34 e 34 bis). Per il finanziamento dei LEA sono stati dunque calcolati complessivamente 73.911,5 milioni di euro (compreso il riequilibrio di cui ai punti 16 e 17 dell'accordo già citato)⁴⁴.

Anche per il 2002 la quota riservata ai LEA è stata ripartita tra le regioni e le province autonome, a norma della legge n. 662/96, per quota capitaria differenziata pesata in base ai criteri della popolazione residente per età e per sesso; della frequenza dei consumi sanitari per livello e sotto-livello di assistenza, per età e per sesso; dei tassi di mortalità della popolazione; degli indicatori epidemiologici territoriali, degli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari della popolazione. I valori così ottenuti sono stati quindi corretti per tenere conto della mobilità sanitaria interregionale⁴⁵.

Nel finanziamento per livelli di assistenza una quota del 5% viene riservata alla prevenzione, una del 46% alla funzione ospedaliera, mentre le restanti risorse sono destinate all'attività sul territorio⁴⁶.

Può essere utile il richiamo ai dati esposti nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese per il 2002, che evidenziano a livello nazionale - pur in presenza di situazioni diverse a livello regionale - un rallentamento della crescita dei costi del SSN, a fronte di più forti incrementi percentuali tra 1999 e 2000 e tra 2000 e 2001. La stessa relazione fa

⁴³ Si tratta di somme che debbono essere ripartite con criteri diversi da quelli che si utilizzano per il finanziamento dei livelli di assistenza previsti dal Piano sanitario o che finanziano funzioni diverse; così riferite: 105.874 euro per il finanziamento della Croce Rossa Italiana a carico del FSN; 173.013 euro per la quota a carico del FSN per il finanziamento degli specializzandi a norma del d.lgs. n. 257/91; 121.367 euro sono attribuiti alle Regioni per il finanziamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali a norma dell'art. 6, comma 1 del d.lgs. n. 270/93; 49.063 euro sono assegnati alle Regioni sulla base di quanto disposto dalla legge n. 135/90 art. 1 commi 1, lettera d, e 2 per lo svolgimento di corsi di formazione e di aggiornamento del personale dei reparti di ricovero per malattie infettive e per promuovere la graduale attivazione di servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS; 3.254 euro sono previsti dalla legge n. 318/86 che detta norme in materia di provvidenze economiche a favore degli Hanseniani e loro familiari a carico; 38.734 euro sono erogati alle regioni per il finanziamento dei corsi biennali di formazione specifica in medicina generale, a norma dell'art. 5 della legge n. 109/88, che pone a carico del Fondo sanitario il relativo onere, in proporzione alle borse di studio individuate per ciascuna regione; 5.784 euro sono erogati direttamente alla Cassa Depositi e Prestiti quale controvalore delle rate dei mutui contratti dagli enti ospedalieri prima della riforma che l'articolo n.14, comma 1, del dl. n. 382/87, convertito nella legge n. 456/87 pone a carico del Fondo sanitario; 38.734 euro vengono messi a disposizione per la erogazione diretta da parte del ministero dell'economia alle regioni per corrispondere le indennità di abbattimento degli animali infetti a norma della legge n. 218/88; 30.987 euro sono riservati al finanziamento delle prestazioni sanitarie erogate a favore degli extra-comunitari in applicazione della legge 40/98:4.390 euro per la prevenzione e cura della fibrosi cistica in base alla legge n. 548 del 23 dicembre 1993, rifinanziata con la legge n. 362/99; 9.038 euro per la erogazione gratuita di farmaci di classe C agli invalidi di guerra in base alla legge n. 203/2000; 258 euro alla Regione Lazio per l'esecuzione da parte dell'IZS della sentenza del TAR 3980/99.

⁴⁴ La disponibilità di 1.032,9 milioni di euro (pari a 2.000 mld di vecchie lire) prevista nell'accordo Stato regioni, viene attribuita con modalità concordate tra le regioni, come avviene per i riequilibri interni.

⁴⁵ Secondo la delibera la esplicitazione contenuta nella tab. A ad essa allegata determina il fabbisogno finanziario di ciascuna regione corrispondente a quanto le regioni hanno tra loro convenuto ed esplicitato con la lettera del 18 dicembre 2001.

⁴⁶ Nella delibera si ritiene di ripartire la complessiva somma di 643,9 milioni di euro per la prevenzione per quota capitaria applicando come correzione la radice cubica del tasso di mortalità infantile e perinatale. Per ripartire le risorse da assegnare per l'assistenza ospedaliera, valutabili in 33.524,1 milioni di euro, si utilizza la popolazione pesata per classi di età secondo valori determinati dall'incidenza del ricorso al ricovero evidenziato dall'esame delle schede di dimissione ospedaliera, corretti con la utilizzazione della radice cubica del tasso standardizzato di mortalità. Nell'ambito dell'attività distrettuale la farmaceutica viene valutata in 9.47,2 milioni di euro, pari al 13% del fabbisogno complessivo a norma della vigente legislazione. Viene individuata una quota di 2.959,3 milioni di euro, pari a circa il 4,1%, che viene ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultrasessantacinquenne. Con la residua disponibilità si finanzia la medicina generale e la pediatria di libera scelta, le prestazioni sia specialistiche che diagnostiche e le altre attività sul territorio con ripartizione a quota capitaria assoluta; su una quota pari a circa il 5% del totale così individuato si applicano, come parametri correttivi, indici che tengano conto della concentrazione della popolazione sul territorio.

peraltro rinvio alla chiusura dei bilanci 2002 per valutare compiutamente tale andamento anche per effetto di una contabilizzazione non ancora assestata. Va infatti considerato che nel 2002 si è concluso il processo di transizione dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica⁴⁷, la cui adozione ha peraltro evidenziato un uso non sempre appropriato delle voci relative, rendendo non agevole la ricostruzione degli andamenti, anche per la introduzione di differenziati sistemi di contabilità. Al riguardo, nell'intento di migliorare ed uniformare i modelli contabili e di consentire più appropriate rilevazioni in coerenza ai principi che si riferiscono alla contabilità economica, è stato adottato dal ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il ministro della salute il decreto 11 febbraio 2002 contenente lo "Schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere", cui è seguito un nuovo piano dei conti nazionali trasmesso, alle Regioni. Dal 2001 le aziende sanitarie e le Regioni hanno avviato il monitoraggio trimestrale dei conti economici, consentendo di seguire in corso d'anno l'andamento dei ricavi e dei costi del SSN. Attraverso i tavoli tecnici istituiti presso il ministero della salute con la partecipazione del Ministero dell'economia e delle finanze e dell'ISTAT, è stato possibile, sulla base di incontri con ciascuna regione e provincia autonoma, verificare i criteri e le impostazioni contabili seguite dalle aziende sanitarie, con il risultato di pervenire ad una riclassificazione delle prestazioni acquistate dal pubblico e dal privato. Ne è inoltre derivata una maggiore evidenza data alle prestazioni di assistenza riabilitativa, protesica, agli anziani, ai tossicodipendenti, ai disabili, che costituiscono una quota consistente delle risorse e delle attività dal SSN⁴⁸.

Sulla base della ricostruzione provvisoria operata dalla relazione generale sulla situazione economica del paese 2002 i costi di produzione del SSN registrati al 31 dicembre 2002 (4° trimestre) ammontano complessivamente a 79.017 milioni di euro, pari al 6,3% del PIL, di cui 78.479 milioni di euro riferiti alle regioni e province autonome e 539 milioni di euro riferiti agli altri enti finanziati direttamente dallo Stato⁴⁹.

Tra gli aggregati da monitorare con particolare attenzione vi è la spesa farmaceutica convenzionata, stimata dalla relazione generale sulla situazione economica del paese 2002 in 11.869 milioni di euro, che - pur registrando un aumento relativamente contenuto, pari all'1,8% rispetto al 2001 - viene a rappresentare una percentuale media nazionale sul totale dell'aggregato considerato del 15,1%, a fronte del 13% già concordato in sede di accordo dell'8 agosto 2001 e recepito nella legge 405/01 quale percentuale programmata dell'assistenza farmaceutica territoriale⁵⁰.

A fini di contenimento numerose disposizioni normative si sono susseguite nell'anno: in particolare, l'art. 3 del DL n. 63 del 2002, convertito dalla legge n. 112 del 2002, ha disposto una riduzione del prezzo di vendita al pubblico dei medicinali ed una rigorosa limitazione dei convegni e congressi organizzati dalle imprese farmaceutiche, intervenendo anche in materia di brevetti, per allinearne gradualmente la disciplina a quella europea⁵¹.

⁴⁷ Tale processo, iniziato nel 1997 con le quattro regioni che per prime avevano sperimentato la nuova contabilità (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Toscana) si è concluso nel 2002 con l'adozione della contabilità economico patrimoniale da parte della Provincia autonoma di Bolzano e della Sicilia.

⁴⁸ A partire dal 2001 i costi di produzione vengono rettificati anche dell'importo relativo ai ricavi maturati con l'attività libero professionale in intra-moenia. Infatti le aziende sanitarie registrano contabilmente i ricavi dell'intra-moenia per poter poi dare al personale la compartecipazione all'attività libero professionale e trattenere i restanti ricavi a sterilizzazione dei costi di produzione.

⁴⁹ Vedasi, da ultimo le analisi compiute dalla Sezione autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, cit..

⁵⁰ Per l'assistenza farmaceutica va ricordato che in base all'accordo dell'8 agosto 2001 recepito dall'art. 6 commi 1 e 2 del DL n. 347 del 2001, convertito nella n. 405 del 2001, si prevede un maggiore potere di regolazione da parte delle Regioni delle modalità con cui viene assicurata l'assistenza farmaceutica territoriale. In particolare è stata affidata ad esse una facoltà di modulazione della erogazione, attraverso misure di compartecipazione in relazione all'andamento della spesa per una fascia di farmaci, preventivamente selezionati dalla CUF.

⁵¹ Tali disposizioni sono confermate dalla legge finanziaria 2003.

Va segnalata la procedura indicata dal comma 9-ter della stessa legge, in base a cui le deliberazioni della Commissione unica del farmaco concernenti la riclassificazione dei farmaci, ovvero le nuove ammissioni alla rimborsabilità, sono approvate con decreto del ministro della salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni. Al decreto è allegata una relazione tecnica - verificata dal ministero dell'economia e delle finanze - relativa agli effetti finanziari indotti, con cui si attesta l'assenza di oneri maggiori rispetto ai livelli di spesa programmati nei "documenti contabili vigenti di finanza pubblica" ed in particolare di quelli definiti nell'accordo dell'8 agosto 2001. I decreti di approvazione sono trasmessi alla Corte dei conti per la relativa registrazione⁵².

Al riguardo il competente ufficio di controllo della Corte, nel registrare il dm 27 settembre 2002, di riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art. 9, comma 2 e 3, della legge 8 agosto 2002, n. 178 - norma espressamente volta ad una razionalizzazione del sistema e ad un contenimento dei costi - ne ha peraltro evidenziato la insufficienza sotto il profilo più propriamente finanziario a far fronte alle consistenti eccedenze di spesa nel settore, se non seguito da una coerente univoca sequenza provvedimentoale, idonea a disegnare un costante percorso di riequilibrio. Nel richiamare l'amministrazione ad un indirizzo di rigorosa attenzione in una problematica di grande complessità tecnica e parallela valenza sociale, sono state peraltro evidenziate le discrasie ed incongruenze che derivano dal sovrapporsi di discipline normative non sempre coerenti e la cui complessità e non univoca lettura non ha sinora favorito un efficace governo del sistema.

Sulla base della ricostruzione operata dalla relazione generale sulla situazione economica del Paese 2002 il costo del personale, stimato in 27.529 milioni di euro, in crescita del 2,6% rispetto all'anno precedente, evidenzerebbe una sostanziale stabilità in percentuale sull'aggregato generale (circa il 35%) pur potendo la diversa contabilizzazione di voci attinenti ai rinnovi contrattuali, renderne non completa la ricognizione⁵³. Tali difficoltà di ricostruzione contabile riguardano anche il macro aggregato beni e servizi, considerato tra i più incisivi fattori generatori della spesa, e pertanto oggetto di disposizioni normative di contenimento susseguitesi negli anni. Nella contabilizzazione operata dalla relazione generale sulla situazione economica del paese 2002, che si riferisce a diverse componenti⁵⁴, il costo per il 2002 viene indicato in 17.288 milioni di euro, con un incremento dell'8,1% rispetto all'esercizio precedente⁵⁵. Ad esempio per la componente beni acquistati, stimata in 7.541 milioni di euro, con un aumento dell'8,5% rispetto all'anno 2001, l'incremento è in gran parte derivante dalla distribuzione diretta dei farmaci, incentivata su tutto il territorio nazionale, i cui importi vengono iscritti contabilmente in questo aggregato di conto economico⁵⁶.

Al di là di tali rilevazioni, come si è detto di natura provvisoria e da considerare come significative dei generali andamenti, va qui evidenziata la correlazione, presente nelle disposizioni susseguitesi, tra impostazione programmatica generale di finanza pubblica - quale risultante dai vincoli comunitari e dai documenti generali - ed andamenti gestionali. Si evidenzia

⁵² Analoghe disposizioni di controllo preventivo sono previste dalla norma in relazione alle deliberazioni della commissione istituita per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in essi contenute.

⁵³ A fronte peraltro di positivi effetti da ricondurre alla graduale diminuzione del ruolo sanitario, alle politiche adottate di blocco del turn-over o delle assunzioni ed alla esternalizzazione di taluni servizi prima gestiti direttamente.

⁵⁴ Si tratta di acquisto di beni, manutenzioni e riparazioni ordinarie, godimento di beni, spese amministrative, servizi appaltati, costi per la formazione, consulenze, imposte e tasse.

⁵⁵ Il dato, variabile su base territoriale, non è di per sé valutabile, attesa la pluralità delle iniziative regionali assunte (adesioni alla Consip; progetti di centrali di acquisto regionali o sovra aziendali; utilizzo di servizi telematici ed aste on-line).

⁵⁶ Incide sul riferito incremento medio nazionale un aumento stimato nel 19,3% per la voce godimento di beni e servizi, in parte spiegabile con le nuove forme di leasing e di service che si vanno diffondendo tra le aziende sanitarie; crescono altresì dell'8,8% i servizi appaltati, in linea con la tendenza alla progressiva esternalizzazione di alcuni servizi

in particolare l'art. 3 del DL n. 63 del 2002, convertito dalla legge n. 112 del 2002, che obbliga il collegio sindacale delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere a segnalare periodicamente al direttore generale dell'azienda - che deve adottare i necessari provvedimenti di rientro - al Presidente della Regione e al Ministero dell'economia e delle finanze gli eventuali scostamenti della spesa effettuata rispetto ai livelli programmati nei "documenti contabili vigenti di finanza pubblica", che peraltro non sempre esplicitano le grandezze e gli andamenti finanziari del settore⁵⁷.

4. La ricaduta sul bilancio dello Stato.

Come si è già evidenziato, con l'avvio, a partire dal 2001 della disciplina del federalismo fiscale, disegnata dal d.lgs. n. 56/2000, attuativo dell'articolo 10 della legge delega n. 133/99, raccordato alla riforma dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale dall'articolo 19-ter del d.lgs. n. 229/99, ben minore è la significatività delle appostazioni contabili sul bilancio dello Stato. In base a tale disciplina il finanziamento dell'assistenza sanitaria nelle regioni a statuto ordinario si fonda infatti sulla finanza regionale, con la abolizione dei trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario, incluso il Fondo sanitario nazionale (FSN), di parte corrente e in conto capitale⁵⁸, compensati sia da nuove compartecipazioni al gettito dell'IVA ed alle accise sulla benzina, sia dall'aumento dell'aliquota di base dell'addizionale regionale all'IRPEF. Sono previsti anche specifici meccanismi di compensazione del differente gettito IVA a livello regionale⁵⁹.

Per la intera divisione 7 (sanità) il rendiconto espone infatti complessivamente stanziamenti di competenza pari a 19.757,2 milioni di euro; sulla massa impegnabile dell'intera divisione, pari a 20.674,2 milioni di euro risultano impegni totali per 19.838 milioni di euro; sulla massa spendibile, che ascende a 31.405,6 milioni di euro, per la presenza di 11.648,4 milioni di euro di residui iniziali), i pagamenti totali ammontano a 11.877,7 milioni di euro, con 18.786,4 milioni di euro di residui totali finali.

Sotto il profilo dell'analisi funzionale, le risorse iscritte alla divisione 7 (19.757,2 milioni di euro) sono riconducibili a diversi ministeri, oltre a quello della salute, che vi partecipa con 1.407,8 milioni di euro di stanziamenti definitivi; la maggior parte degli stanziamenti fa capo al ministero dell'economia e finanze (18.339 milioni di euro), mentre risorse quantitativamente minori concernono il ministero della difesa (9,3 milioni di euro) ed il ministero delle politiche agricole e forestali (1 milione di euro).

Delle somme stanziato nello stato di previsione del ministero dell'economia e delle finanze, rilevano quantitativamente le spese relative al ripiano disavanzi: sulla sola unità "Ripiano spesa sanitaria", compaiono 9.395,5 milioni di euro di stanziamenti di competenza, dei quali 3.500,6 milioni di euro pagati e 5.608,4 milioni di euro passati a residui.

Sul cap. 2700 (Fondo sanitario nazionale) su 4.898,3 milioni di euro della competenza risultano pagati 2.649 milioni di euro, con 2.249,3 milioni di euro passati a residui; sui residui iniziali, pari a 3.652,7 milioni di euro, ne risultano pagati 2.227,6 milioni di euro, con 1.353 milioni di euro ancora da pagare; i residui totali finali sono dunque pari a 3.602,3 milioni di euro. Per l'intera unità 4.1.2.1, che comprende anche i capitoli 2701 (finanziamento del SSN, in relazione alle minori entrate IRAP), e 2702 (contributo alla regione Friuli Venezia-Giulia a titolo di anticipazione sulle maggiori compartecipazioni ai tributi statali, in relazione al maggiore fabbisogno della spesa sanitaria), i residui totali finali sono pari a 8.154,9 milioni di

⁵⁷ Vedasi ad esempio il DPEF 2003-2006, presentato in Parlamento il 9 luglio 2002 (Camera dei deputati, Doc. LVII, n. 2/1).

⁵⁸ Sono esclusi dalla nuova disciplina i finanziamenti per finalità e programmi specifici (ricerca sanitaria; progetti regionali per il perseguimento di obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale; accordi internazionali).

⁵⁹ Cfr. DPCM 17 maggio 2001 in G.U. n. 128 del 5.6.2001.

euro, comprendendo i 1.906,6 milioni di euro della competenza 2002 sul cap. 2701 ed i 2.646,3 milioni di euro di residui già presenti ad inizio esercizio relativi a tale capitolo.

Residui cospicui sono presenti anche sul cap. 7464 -edilizia sanitaria-. Si tratta di 3.080,4 milioni di euro ad inizio anno, dei quali solo 341,3 milioni di euro pagati, con 2.739,7 milioni di euro ancora da pagare, che, uniti ai 601,4 milioni di euro della competenza 2002, porta l'ammontare dei residui totali finali a 3.341,1 milioni di euro.

Anche alla luce della evoluzione ordinamentale accennata e del concreto avvio dei nuovi meccanismi fiscali⁶⁰, assume ancora maggiore significatività il problema dei disavanzi, che con l'accordo dell'8 agosto 2001 si riteneva definitivamente risolto, arrivando a definire il 2001 come "anno zero" nei rapporti tra Stato e Regioni. Peraltro, pur a fronte delle nuove quantificazioni convenute, si sono registrati, come è noto, ulteriori disavanzi⁶¹, alla cui copertura le stesse previsioni dell'accordo, che coinvolgono prioritariamente le Regioni⁶², lasciano aperti non indifferenti problemi, non solo di ordine finanziario⁶³, ma istituzionale e di complessivo funzionamento del sistema. Sono state al riguardo evidenziate, in caso di sfondamenti, le difficoltà - nella complessa interazione di poteri e di responsabilità del SSN - di individuare la quota di maggiore spesa attribuibile a provvedimenti di carattere nazionale rispetto a quella derivante da provvedimenti (o mancati interventi) regionali, e di conseguente ripartizione dell'onere tra livello centrale e regionale, in linea anche con i principi e agli indirizzi della Corte costituzionale in materia di responsabilità per i disavanzi sanitari⁶⁴.

Anche alla luce degli andamenti finanziari ora accennati e della complessa fase evolutiva appare urgente l'attuazione del previsto riordino del sistema finanziario e fiscale, da realizzare in attuazione del disegno costituzionale, dando seguito effettivo al disposto dell'art. 3 della legge finanziaria 2003, che prevede, come è noto, un accordo nella sede della Conferenza unificata ed una elaborazione da parte dell'Alta Commissione ivi prefigurata, con puntuali scansioni temporali, sinora disattese.

5. Il sistema informativo.

La Corte ha più volte evidenziato nelle precedenti relazioni la necessità di adeguare il sistema informativo alle esigenze poste da un modello policentrico, per offrire una più corretta base conoscitiva per la definizione delle linee programmatiche e per l'adozione di misure perequative, che hanno assunto maggiore spessore alla luce del federalismo fiscale e delle nuove formulazioni del titolo V della Costituzione. L'esigenza di assicurare una corretta e tempestiva conoscenza dei dati e dei flussi informativi del sistema, coerente alla espansione dei meccanismi, anche fiscali, propri di un ordinamento in sensibile evoluzione, costituisce infatti

⁶⁰ Va considerato che in bilancio rilevano anche altri capitoli dello stato di previsione del ministero dell'economia e delle finanze relativi alla compartecipazione regionale all'IVA, ed alla correlata finalità perequativa, non contabilizzati nella funzione 7.

⁶¹ Sulla problematica vedasi, da ultimo, Corte dei conti, Sez. Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (anni 2000 e 2001), cit..

⁶² Il punto 1 dell'accordo pone a carico delle Regioni le eccedenze di spesa, da finanziare facendo ricorso alle misure previste dall'art. 83, comma 4, della legge n. 388 del 23 dicembre 2000.

⁶³ L'art. 4-bis (rubricato Finanziamento della spesa sanitaria) della legge n. 112 del 15 giugno 2002, di conversione con modificazioni, del DL n. 63 del 15 aprile 2002, dispone che alla definitiva copertura delle maggiori occorrenze finanziarie del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2000 e 2001 si fa fronte, in conformità all'accordo dell'8 agosto 2001 con oneri a carico del bilancio dello Stato per 1.394,4 milioni di euro per l'anno 2000 e per euro 3.412,7 milioni di euro per l'anno 2001; l'importo residuo resta a carico delle Regioni e delle province autonome, che vi provvedono con propri mezzi di bilancio (inclusi, limitatamente all'anno 2000, quelli eventualmente derivanti da operazioni di indebitamento). In base alla legge n. 662/1996, le Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedono alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali. Una puntuale ricognizione è effettuata nella relazione generale sulla situazione economica del Paese 2002. Sulla problematica si fa rinvio alla recente relazione della Corte sulla gestione finanziaria delle Regioni (anni 2001-2002), Del. n. 5 del 18 giugno 2003.

⁶⁴ Corte cost. n. 355/93 e n. 416/95.

uno dei più significativi obiettivi da raggiungere nel settore, in stretta correlazione alla effettiva garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

In tale contesto si colloca la problematica relative alla reingegnerizzazione del Sistema informatico sanitario (SIS), di cui è stato fatto cenno nelle precedenti relazioni e del quale anche la Corte aveva evidenziato le criticità⁶⁵. Estremamente complessa è la ricostruzione delle relative vicende gestionali, che hanno registrato nell'esercizio trascorso significative scansioni procedurali e battute d'arresto, conseguenti sia a decisioni giurisdizionali che a interventi di ordine più squisitamente contabile.

Sotto il primo aspetto, va ricordato che a conclusione delle procedure concorsuali il ministero ha stipulato con le società vincitrici tre contratti, rispettivamente per l'"appalto per la progettazione e lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale e del sistema di sicurezza del patrimonio informativo sanitario nazionale"; per l'"appalto per la conduzione funzionale e tecnica del livello nazionale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale"; "per i servizi di consulenza direzionale a supporto della Cabina di Regia per la realizzazione del NSIS"⁶⁶. Il secondo contratto è stato peraltro annullato con sentenza del TAR del Lazio del 24 ottobre 2002⁶⁷. Ciò ha indotto l'amministrazione a proseguire la gestione del SIS con il precedente fornitore, stipulando il 12 dicembre 2002⁶⁸ con la società Finsiel S.p.A. il "contratto a trattativa privata per l'ulteriore proroga della gestione del Sistema Informativo Sanitario Nazionale" con scadenza il 15 marzo 2002, per un totale complessivo di circa 3 milioni di euro a gravare interamente sull'esercizio 2003. Tale rapporto è stato ulteriormente prorogato - nelle more della trattazione del merito della controversia davanti al Consiglio di Stato - con atto aggiuntivo in data 17 marzo 2003, per la durata di tre mesi⁶⁹.

Va peraltro considerato che con la stessa Società Finsiel - Consulenza e Applicazioni Informatiche S.p.A. era stato stipulato in data 31 luglio 2002 il contratto per le attività di affiancamento per il passaggio delle consegne del SIS e per la proroga dell'esercizio dello stesso SIS, il cui costo è complessivamente pari ad 11.092,4 milioni di euro. Va segnalato che la copertura finanziaria del contratto è stata rinvenuta tramite l'entrata rinveniente al bilancio dello stato dalle tariffe percepite dal Ministero per prestazioni rese a terzi (cap. 2225 e 3629 della UPB 2.3.2.2).

⁶⁵ Queste consistevano nell'insufficiente raccordo tra dati di ordine squisitamente finanziario e fenomeni gestionali sottesi e nell'aver privilegiato l'informatizzazione dei processi relativi all'attività del ministero rispetto alle esigenze connaturate alla natura policentrica del SSN, che richiede circolarità delle informazioni tra i diversi attori del sistema e nello stesso tempo una lettura e ricomposizione unitaria dei flussi finanziari e gestionali.

⁶⁶ In data 8 luglio 2002, è stato stipulato il contratto con la società Accenture S.p.A., quale mandataria-capogruppo in R.T.I con Engineering Ingegneria Informatica S.p.A., avente ad oggetto l'"Appalto per la progettazione e lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale e del sistema di sicurezza del patrimonio informativo sanitario nazionale"; in data 9 luglio 2002, è stato stipulato con la società EDS S.p.A il contratto avente ad oggetto l'"appalto per la conduzione funzionale e tecnica del livello nazionale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale"; in data 10 luglio 2002, è stato stipulato con la società KPMG Consulting S.p.A, quale mandataria-capogruppo in R.T.I con Nolan, Norton Italia s.r.l., Pricewaterhousecoopers Global Management Solutions s.r.l., Sin&ergetica s.r.l il contratto "per i servizi di consulenza direzionale a supporto della Cabina di Regia per la realizzazione del NSIS".

⁶⁷ L'unico motivo di gravame accolto è stato quello relativo all'incompleta produzione da parte della società EDS, aggiudicataria dell'appalto, di uno dei documenti richiesti dalla lettera di invito ai fini dell'ammissione alle fasi successive della gara. La predetta società ha presentato infatti il certificato del casellario giudiziale di uno solo dei legali rappresentanti della società stessa, nonostante il bando di gara richiedesse il certificato di tutti i rappresentanti legali dell'impresa.

⁶⁸ Contratto a trattativa privata per l'ulteriore proroga della gestione e l'esercizio del Sistema Informativo Sanitario Nazionale, stipulato dall'Amministrazione e la Finsiel S.p.A. in data 16 dicembre 2002, al fine di affrontare la situazione di incertezza determinatasi a seguito di un ricorso giurisdizionale, notificato in data 10 febbraio 2003, da parte della soc. EDS Eletronic Data Systems Italia S.p.A. - aggiudicataria della gara di appalto per la conduzione funzionale e tecnica del N.S.I.S.N.

⁶⁹ Tale possibilità, era stata prevista nello stesso articolo 2 del contratto a trattativa privata per l'ulteriore proroga stipulato con Finsiel S.p.A. il 12 dicembre 2002.

Il 4 novembre 2002 è stato altresì stipulato, ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 93/1939, con la società STS il contratto per il monitoraggio sul predetto contratto di affiancamento⁷⁰.

Complessa risulta anche la gestione della contabilità ordinaria: l'amministrazione è stata impegnata nell'opera di rientro dalla pesante situazione debitoria verso l'originario fornitore del SIS (Finsiel s.p.a.), utilizzando a tal fine anche la riassegnazione in conto competenza delle somme perente relative ad alcune fatture risalenti all'anno 1999⁷¹.

Sul fronte dei pagamenti si evidenzia come l'esposizione debitoria con la società Finsiel S.p.A. rimanga ancora alta, ammontando al 31 marzo 2003 a 20.987,9 milioni di euro. I pagamenti effettuati a favore di Finsiel nel trimestre considerato risultano pari a 4.136 milioni di euro.

L'attività di liquidazione dei debiti pregressi è stata possibile a seguito di una intensa attività dell'amministrazione, con la presa in carico di tutti i beni rendicontati dal fornitore a partire dall'anno 2000, dal quale si era interrotta l'attività di inventario degli stessi beni, per un ammontare di oltre 12 milioni di euro⁷².

In relazione della circolare n. 16 del 25 marzo 2002 del Ministero dell'Economia, la quale prevede la disaggregazione in articoli o piani gestionali dei capitoli di spesa di natura informatica, si è proceduto a ripartire lo stanziamento iscritto nei capitoli, di parte corrente, 2200 "spese per il sistema informativo sanitario" e, in conto capitale, 7061 "sistema informativo sanitario" fra i quattro piani gestionali previsti, sostituiti successivamente al fine di operare una variazione compensativa fra gli stessi piani gestionali. Va precisato che per gli investimenti è prevista in bilancio la UPB 2.2.3.4 - informatica di servizio - senza stanziamenti di competenza su nessuno dei capitoli interessati (7060⁷³, 7061, 7062⁷⁴), funzionalmente classificati alla FOB 7.6.1.2 sanità non altrimenti classificabile - programmazione in materia sanitaria. In particolare il cap. 7061 (sistema informativo sanitario nazionale) non evidenzia stanziamenti, con minimi pagamenti (46 mila euro) sui residui iniziali (5,2 milioni di euro).

⁷⁰ Le attività di monitoraggio (previste dal d.lgs. n. 39/93) dei contratti di sviluppo e gestione del Sistema Informativo Sanitario sono state eseguite dalla società S.T.S. studi tecnologie e sistemi con la quale l'Amministrazione ha stipulato in data 16 novembre 2001 un apposito contratto a trattativa privata per il monitoraggio sul contratto vigente con la società Finsiel per il completamento dello sviluppo e l'esercizio del Sistema Informativo Sanitario. La società STS ha eseguito le attività di monitoraggio contrattualmente previste, i cui esiti sono stati riportati nelle relazioni di monitoraggio sulle attività di supporto alla transizione presentate in data 31 ottobre 2002 e 27 dicembre 2002 sottoposte all'esame ed accettazione da parte dell'Amministrazione.

⁷¹ Sotto il profilo contabile e finanziario, l'emanazione del dm del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 29 novembre 2002, emanato in base al comma 3, art. n.1 del DL n. 194 del 6 settembre 2002, che ha limitato gli impegni di spesa e l'emissione dei titoli di pagamento nella misura dell'85% degli stanziamenti di bilancio per l'esercizio finanziario 2002, ha avuto un impatto sulle risorse disponibili sul capitolo sul capitolo 2200 (funzionalmente classificato alla FOB 7.6.1.2 - sanità non altrimenti classificabile programmazione in materia sanitaria) in termini principalmente di competenza, comportando la decurtazione di 513 mila euro circa rispetto all'assegnazione di bilancio. In particolare, il capitolo espone 36.152 milioni di euro di previsioni iniziali, cui si sono aggiunti ulteriori 12.091 milioni di euro in sede di assestamento, per un totale di 48.242,6 milioni di euro, di cui, peraltro, solo 14.333,3 milioni di euro pagati al 31 dicembre, con 33.391,7 milioni di euro ancora da pagare. Sull'ammontare dei residui iniziali, pari a 72.161,6 milioni di euro sono stati pagati 48.449,3 milioni di euro, con 13 milioni di euro da pagare al 31.12.2002 e 10.711,4 milioni di euro di economie.

⁷² L'amministrazione segnala come finora non sia stato possibile liquidare una serie di fatture relative all'acquisto di prodotti hardware, in quanto non si è ancora conclusa la procedura di assunzione in carico inventariale dei prodotti medesimi.

⁷³ Somme occorrenti per la realizzazione di interventi vari di interesse sanitario previsti dall'art. 92 della legge finanziaria 2001.

⁷⁴ Impiego sperimentale della carta sanitaria prevista dal progetto europeo "netlink".

NSIS - PIANO FINANZIARIO RELATIVO ALLA STIPULAZIONE DEI CONTRATTI

Esercizio/Contratto	Sviluppo	Conduzione	Contr. di Strategia	Atto affiancamento	TOTALI
	Accenture S.p.A.	E.D.S. S.p.A.	KPMG S.p.A.	Finsiel S.p.A.	
Cap.2200 es.2002	2.698.092,00	2.163.000,00	1.560.000,00	11.092.417,20	17.513.509,20
Cap.7061 es.2002	1.440.000,00	0,00	0,00	0,00	1.440.000,00
TOTALE ES.2002	4.138.092,00	2.163.000,00	1.560.000,00	11.092.417,20	18.953.509,20
Cap. 2200 es.2003	9.110.467,00	9.729.425,46	3.240.000,00	0,00	22.079.892,46
Cap. 7061 es.2003	3.678.700,00	0,00	0,00	0,00	3.678.700,00
TOTALE ES.2003	12.789.167,00	9.729.425,46	3.240.000,00	0,00	25.758.592,46
Cap. 2200 es.2004	9.591.876,00	9.729.425,46	1.200.000,00		20.521.301,46
Cap. 2200 es.2005	5.453.784,00	9.729.425,46	1.408.944,00		16.592.153,46
Cap. 2200 es.2006	0,00	9.729.425,46	0,00		9.729.425,46
Cap. 2200 es.2007	0,00	5.675.498,18	0,00		5.675.498,18
Tot. Contratti	31.972.919,00	46.756.200,02	7.408.944,00	11.092.417,20	97.230.480,22

Sempre in tema di attività contrattuale, in data 29 gennaio 2003 è stato stipulato con la Finsiel S.p.A. un contratto a trattativa privata avente ad oggetto il funzionamento e l'esercizio del Sistema Informativo Trapianti (S.I.T.), avente durata 1° gennaio 2003 - 31 dicembre 2004 e con oneri pari a 4.038,4milioni di euro⁷⁵.

Sul piano operativo si registrano nel periodo di riferimento da parte della società Finsiel attività di avviamento ovvero di estensione geografica sulle applicazioni del SIS⁷⁶. Si sono di recente concluse con il Raggruppamento Temporaneo d'Impresa (Accenture S.p.A. - Engineering Ingegneria Informatica S.p.A.), aggiudicatario della gara di appalto dello sviluppo del NSIS, le attività finalizzate alla predisposizione della prima versione del Piano di Qualità della Fornitura di sviluppo (processi, prodotti, qualità, standard, reportistica, ecc.).

⁷⁵ La stipula del contratto è stata operata nella considerazione che l'attività per la conduzione del Nuovo SISN. non ricomprende l'attività di gestione del Sistema Informativo dei Trapianti; si ricorda che il Sistema Informativo dei Trapianti è stato istituito, nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di supportare le attività che governano la domanda e l'offerta di organi per trapianto e di fornire potenti strumenti di monitoraggio che consentano di controllare il rispetto delle linee guida definite e condivise tra gli organismi di coordinamento e di innalzare il livello di qualità globale del sistema trapianti in Italia. Le attività di sviluppo software relative al Sistema Informativo Trapianti possono ritenersi concluse, con il risultato di un sistema informativo rispondente alle indicazioni della legge n. 91/99 che ne prevedeva la realizzazione all'interno del SIS. Infatti, gli interventi eseguiti nel corso del 2002 hanno consentito l'aggiunta di nuove funzionalità sui sottosistemi 'Donazioni e trapianti' e 'Dichiarazioni di volontà e integrazione con sistemi informativi esterni (centri di coordinamento, anagrafe tributaria, ASL-AIDO) al fine di facilitare l'acquisizione delle informazioni relative a dichiarazioni di volontà, donazioni e trapianti e migliorare la qualità dei dati raccolti.

⁷⁶ Con riguardo al monitoraggio dei farmaci; al Sistema informativo dei Trapianti (SIT); all'assistenza all'estero di competenza statale, con l'estensione geografica dei sistemi per il trattamento dei crediti e dei debiti imputabili alle ASL interessate (prove tecniche di connessione, configurazioni, addestramento, ecc.).