

personale USL. La rappresentazione dei fenomeni di variazione della componente femminile è proposta in una serie di grafici, contrassegnati dai numeri 4, 5 e 6, posti a fine capitolo.

5.2.5 - Gli altri enti del SSN

5.2.5.1 - Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Come già esposto nella precedente relazione¹⁹, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.) operano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e perseguono gli obiettivi del piano sanitario nazionale in materia di ricerca sanitaria e formazione del personale; essi dipendono funzionalmente dal Ministero della sanità (anziché dalle Regioni). L'attuale normativa che disciplina tali enti è quella recata dall'ultima legge di riforma, il d.lgs. 30 giugno 1993, n. 269. Va però detto che è stato di recente presentato dal Governo un d.d.l. di riorganizzazione degli I.R.C.C.S. (Atto Camera n. 3856), volto a consentire loro di assumere un ruolo più significativo per lo sviluppo delle attività di ricerca, nell'ambito del piano sanitario nazionale, oltre che a semplificare e snellire le relative strutture.

Secondo i dati forniti dal conto annuale gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico assommano, alla fine del 1994, 16.788 dipendenti, in larga maggioranza donne, su una dotazione organica complessiva di 18.882 unità.²⁰ Alla fine del 1995 i dipendenti in servizio erano 16.509, mentre l'organico ne prevedeva 18.315.

Nel corso dell'anno 1994, sono cessati dal servizio 1175 dipendenti, 35 tra di essi per passaggio ad altre amministrazioni. Le cessazioni per il 1995 sono in totale 1.352. Riguardo invece alle assunzioni, nel corso del 1994 sono state assunte 1196 persone, delle quali 49 provenienti da altre amministrazioni. Nel 1995 sono state assunte 1.073 unità.

In ordine alla distribuzione geografica, è di tutta evidenza la particolare concentrazione nella regione Lombardia, che occupa quasi il 44% del totale degli occupati.

5.2.5.2 - Gli Istituti zooprofilattici sperimentali

Gli Istituti zooprofilattici sperimentali, istituiti con legge 23 giugno 1970, n. 503 con compiti di ricerca scientifica sperimentale veterinaria e di salubrità dei prodotti di origine animale, sono stati riordinati con il d.lgs. 30 giugno 1993, n. 270, che li ha qualificati come organi operanti nell'ambito del SSN e sottoposti alla potestà legislativa e regolamentare delle Regioni²¹.

Risulta dal conto annuale che il personale in servizio al 31 dicembre 1994 ammontava a 1870 unità di ruolo e 86 di personale temporaneo. Si conferma solo in parte la segnalazione fatta nella precedente relazione in ordine alla rilevante scoperta dei posti previsti in organico: a fronte di una stabilità del personale in servizio, gli organici sono stati infatti ridotti nel 1994 di 643 unità rispetto al 1993 e prevedevano pertanto, al 31 dicembre 1994, 2485 posti in totale. Dopo una ulteriore riduzione, l'organico al 31 dicembre 1995 era di 2375 unità.

In ordine alla distribuzione del personale fra le diverse qualifiche, il personale dei livelli è lievemente calato in percentuale rispetto agli anni precedenti, scendendo sotto la soglia del 75%, e una leggera flessione si è riscontrata anche nella quota dei veterinari (da 27,7% a 27,3%); in aumento la dirigenza non medica.

La distribuzione territoriale, aggiornata al 31 dicembre 1994, vede una prevalenza di concentrazione in Lombardia (392 unità delle quali 44 veterinari), in Veneto (217 unità delle

¹⁹ Capitolo 5, p. 136.

²⁰ I medici e veterinari sono 2.851 nel 1994 e 2.753 nel 1995; i dirigenti non medici sono 623 nel 1994 e 610 nel 1995, i funzionari del ruolo sanitario 6.965 nel 1994 e 6.442 nel 1995, gli amministrativi 1.481 sia nel 1994 che nel 1995, gli addetti del ruolo tecnico - professionale 4.312 nel 1994 e 4.202 nel 1995. Da segnalare la cospicuità del personale non di ruolo (191 nel 1994 e 223 nel 1995) e di quello temporaneo (indicati in numero di 694 nel conto annuale per il 1994, poi corretto, nel successivo conto e in relazione al medesimo periodo, a 325; ben 750 unità sono poi indicate al 31 dicembre 1995).

Cfr. anche la Relazione dell'anno passato, cap. 5, paragrafo 5.1.4, p. 137.

quali 35 veterinari) e in Sardegna (190 unità di ruolo, più 30 di personale temporaneo, con 32 veterinari); seguono l'Abruzzo e il Piemonte.

Le cessazioni sono state 74 nel 1994; le assunzioni, nello stesso periodo, 116, dando luogo ad un saldo attivo.

5.2.5.3 - I presidi e gli ospedali multizonali

Si tratta di strutture, a servizio di più USL, create dalle singole Regioni con apposite leggi nell'ambito dei servizi presenti nel territorio. A livello nazionale, secondo il conto annuale sono complessivamente 13 gli enti rientranti nella categoria.

Sempre secondo il citato conto annuale, alla fine del 1994 i presidi e gli ospedali multizonali possono contare su 27.256 dipendenti, tra i quali 4.180 medici, 11.612 del ruolo sanitario e 7.720 appartenenti a ruoli tecnico - professionali. Il totale dei ruoli organici risulta ammontare a 25.399 unità.

Nel corso dell'anno sono cessati dal servizio 1.992 addetti, dei quali 177 per passaggio ad altre amministrazioni. Le nuove assunzioni hanno invece interessato 2.347 unità, 99 delle quali provenienti da altre pp.aa.

Rispetto al 1993, nel 1994 si sono verificate oltre 600 cessazioni dal servizio in più e 300 assunzioni in meno, con un conseguente, notevole incremento del personale in servizio (alla fine del 1993 gli addetti erano 26.897).

Si rammenta che questo aggregato, a seguito della ristrutturazione operata nel 1995, non è più individuabile separatamente.

5.2.5.4 - I restanti enti del SSN

In questa categoria residuale - seguendo la classificazione del conto annuale - rientrano l'Ordine Mauriziano di Torino e l'ospedale Galliera di Genova.

Risulta dal conto annuale che i su detti due enti contano complessivamente, alla fine del 1994, 3.914 dipendenti (ampia maggioranza femminile) su 4.499 posti in organico. La lieve riduzione è da ascrivere alla quota di personale temporaneo sceso dalle 119 unità del 1993 alle 77 del 1994. I medici sono 560, i sanitari 1.620 e gli appartenenti a ruoli tecnico - professionali 1.171.

Durante il 1994 sono cessati dal servizio 175 addetti; tra di essi, 6 risultano passati ad altre amministrazioni. Nello stesso periodo sono invece state assunte 195 persone, delle quali solo 3 in provenienza da altre pp.aa. Il saldo tra cessazioni e assunzioni risulta lievemente positivo.

5.2.6 - Il personale del S.S.N. in rapporto alla popolazione, alla domanda di prestazioni sanitarie, alle strutture esistenti. Considerazioni relative all'operatività e all'efficienza dei servizi

Può essere utile a questo punto un esame sul grado e sull'intensità di utilizzo del personale del SSN; viene pertanto effettuato un confronto tra i dati relativi al numero dei dipendenti e quelli sul numero e sul tipo di strutture, oppure di posti letto nelle diverse Regioni. Sono utilizzati, a tale scopo, i dati presenti nelle varie pubblicazioni del Ministero della sanità e dell'ISTAT.

Dalle fonti ministeriali²² si rileva innanzi tutto che il 70% del personale SSN presta servizio presso istituti di cura gestiti direttamente dal SSN medesimo, mentre la restante parte opera presso le strutture amministrative, oppure gli ambulatori e laboratori delle aziende sanitarie.

Il personale più propriamente "ospedaliero" - quello cioè operante presso gli ospedali pubblici a gestione diretta e gli ospedali psichiatrici residuali - ammonta così a circa 476.000

²² Primo compendio del servizio sanitario nazionale, cit., pagg. 38 e segg..

unità, delle quali il 17,2% è costituito da medici, il 44% da personale paramedico ed il restante 38,4% da amministrativi e tecnici.

Risulta, inoltre, che su base nazionale le strutture ospedaliere dispongono di un medico ogni 3,5 posti-letto ed un infermiere ogni 1,3 posti-letto; il relativo valore medio nazionale è di 1,9 addetti per posto letto, con un intervallo variabile da regione a regione, e che non risulta influenzato dalla differenti situazioni geografiche: si passa dalla percentuale di 1,5/1,6 di Abruzzo, Veneto o Basilicata, a quella di 2,3/2,5 del Piemonte, Campania e Valle d'Aosta.

Per quel che riguarda infine il personale in servizio presso le altre strutture (non ospedaliere) del S.S.N., le residue 201.000 unità di dipendenti corrispondono a circa 3,5 unità per mille abitanti a livello nazionale, stavolta con scarse differenze tra le diverse Regioni.

Sempre ai fini di una valutazione relativa alla distribuzione ed al grado di utilizzo del personale del SSN, deve essere poi evidenziato un altro fenomeno di rilievo, rappresentato dalla diminuzione, negli ultimi anni, del numero totale degli istituti di cura, con l'accorpamento di molte strutture sanitarie pubbliche, con l'ulteriore conseguenza della diminuzione della percentuale delle medesime strutture pubbliche rispetto a quelle private (dal 61% nel 1992 al 58% del 1995²³).

A partire dalla fine del 1994 hanno infatti iniziato a trovare concreta applicazione, tra le altre, le norme di riorganizzazione delle strutture sanitarie, tendenti al progressivo abbandono della centralità dell'ospedale a favore di un'assistenza prestata, ove possibile, fuori da tali strutture, oltre alla razionalizzazione della spesa, con l'eliminazione degli istituti di minori dimensioni ed il cui utilizzo non sia risultato adeguato a determinati *standard* di utilizzo. Ha naturalmente influito, sul fenomeno in esame, anche l'accorpamento delle stesse USL e la nascita delle aziende.

Le rilevazioni dell'ISTAT²⁵ evidenziano anche come il su detto processo di riorganizzazione sia avvenuto in maniera molto differenziata a seconda delle aree territoriali, e come d'altro lato permangano tuttora evidenti differenze nella distribuzione delle strutture tra regione e regione, anche in relazione alla popolazione residente.

Sotto un primo profilo risulta, infatti, che mentre nelle Regioni meridionali l'incidenza delle strutture private è rimasta, negli anni 1992/1995, pressoché costante in rapporto al totale (41%), la percentuale degli istituti privati è invece aumentata nello stesso periodo nelle Regioni centrali (+ 9%) ed in quelle settentrionali (+ 2%).

Inoltre, per quel che riguarda l'offerta di posti-letto pubblici, sempre dai dati ISTAT si apprende che nel 1994 (ultimi dati disponibili) il numero di posti-letto ogni 1.000 abitanti, a fronte di uno *standard* fissato dalla legge di 5,5 posti²⁶, è, ad es., di 4,6 posti in Campania, 4,8 posti in Sicilia, 5,1 in Molise; al contrario, abbiamo 7,1 posti in Veneto, 7,6 in Abruzzo e nel Lazio, addirittura 7,8 posti in Friuli.

Rispetto alla rilevazione della Corte dei conti relativa all'esercizio 1993, viene allora confermata la disomogeneità nella distribuzione territoriale del personale e delle strutture, anche se - si ribadisce - con una certa inversione di tendenza.

Ai fini dell'esame della distribuzione dei dipendenti tra le diverse Regioni, non pare inutile un cenno sulla mobilità ospedaliera che, nel 1994, ha interessato circa il 7% del totale dei ricoveri: 600.000 persone hanno subito ricoveri in una regione diversa da quella di residenza, a fronte di 9,5 milioni di ricoveri totali. Le ragioni di tali migrazioni interregionali sono, prevalentemente, la carenza di strutture idonee in particolari specialità nella propria Regione, o la scarsa efficienza delle strutture regionali. Le Regioni con il maggior tasso di emigrazione sono state la Basilicata (20,8% dei ricoveri totali), il Molise (20%), la Valle d'Aosta (14,5%) e la

²³ Cfr. ISTAT, *Rapporto annuale 1997*, cit., p. 297.

²⁴ Come innanzi chiarito: cfr. paragrafo 5.1.

²⁵ *Rapporto annuale 1997*, cit., p. 297.

²⁶ Tale *standard*, su base nazionale, risulta di 6,2 posti per 1.000 abitanti.

Calabria (11%); quelle con la più alta immigrazione ancora il Molise (20%), l'Umbria (13,6) e la Liguria (12,8).

In definitiva, il tasso cd. di attrazione (rapporto tra gli indici di emigrazione e di immigrazione) è del 2,5 in Friuli, del 2,1 in Liguria, Emilia - Romagna ed Umbria, dell'1,9 in Veneto e dell'1,8 in Lombardia; ciò a fronte di un tasso dello 0,2 in Sicilia, dello 0,3 in Campania e Calabria e dello 0,4 in Basilicata e Sardegna. In definitiva, pertanto, il flusso migratorio è diretto, con netta prevalenza, dalle Regioni meridionali a quelle centro - settentrionali, che presentano maggiore capacità ricettiva e più alti *standard* qualitativi dei servizi.

Nel complesso, può dirsi che il processo di riorganizzazione del sistema sanitario ha incominciato, nel periodo di riferimento della presente relazione, a dare i suoi primi risultati, con un migliore rapporto tra strutture esistenti, offerta di prestazioni e distribuzione (territoriale e funzionale) degli operatori; ha preso pertanto concreto avvio la tendenza razionalizzatrice prevista dal legislatore. Pur tuttavia, i parametri ipotizzati come ottimali per la gestione efficiente dei servizi devono ancora essere conseguiti da molte Regioni, con un quadro territoriale ancora disomogeneo, alla fine del periodo di riferimento della presente relazione.

5.3 - Spesa e retribuzioni per il personale. Il costo del lavoro nel comparto

5.3.1 - I nuovi accordi collettivi

Il costo del lavoro per il personale del SSN è naturalmente determinato, in via principale, dagli emolumenti corrisposti al personale medesimo in virtù di quanto previsto dagli accordi collettivi di lavoro.

Per quel che riguarda il periodo triennale oggetto di questa relazione, va fatto presente che dal 1° gennaio 1994 sono in vigore i nuovi contratti collettivi (CCNL) per il comparto sanità.

Il primo accordo ad essere stato formalizzato riguarda il personale non dirigenziale; in data 4 agosto 1995, con provvedimento del Presidente del Consiglio dei Ministri il Governo è stato infatti autorizzato alla sottoscrizione del vigente contratto collettivo di lavoro del personale non dirigenziale del comparto sanità, il primo concluso con la nuova procedura "privatizzata" di cui all'art. 51 del d.lgs. n. 29/1993.

Il nuovo CCNL (art. 1) si applica a tutto il personale dipendente del comparto, esclusi i dirigenti. Gli effetti del contratto (art. 2) decorrono dal 1° gennaio 1994, fino al 31 dicembre 1997 per la parte normativa e fino al 31 dicembre 1995 per quella economica; alla scadenza, esso si rinnova automaticamente di anno in anno in mancanza di disdetta di una delle parti e, comunque, le disposizioni contrattuali restano in vigore fino a quando non vengano sostituite dal successivo CCNL (art. 2, cit., comma 4).

Per quel che riguarda il rinnovo biennale della parte economica, è stato previsto, per la determinazione degli importi, il riferimento alla comparazione fra l'inflazione programmata e quella effettivamente intervenuta (art. 2 comma 7).

Per la costituzione del rapporto di lavoro, a tempo indeterminato o determinato, è prevista la stipula di contratti individuali (art. 14). In particolare, l'assunzione a tempo determinato è possibile solo in taluni, specifici casi (sostituzione di personale assente per più di 45 giorni consecutivi, assenza per astensione obbligatoria o facoltativa per gravidanza e puerperio, esigenze straordinarie, etc.: art. 17).

La possibilità di opzione fra tempo pieno e tempo parziale è stata generalizzata (art. 14 comma 4) estendendola a tutte le categorie; è tuttavia previsto che il contingente di personale a regime di tempo parziale non possa superare il 25% della dotazione organica aziendale

²⁷ Per una valutazione relativa al grado di efficacia dei servizi offerti dagli enti del SSN, cfr. "La soddisfazione dei cittadini e delle imprese nei confronti della pubblica amministrazione", relazione tenuta dai rappresentanti dell'ISTAT nell'ambito della III conferenza nazionale sulla misurazione - stazione di lavoro Comunicazione al cittadino e customer's satisfaction, organizzata dal CNEL, Roma, 10 giugno 1997, pagg. 13 e segg..

complessiva relativa al personale a tempo pieno di ciascuna posizione funzionale (art. 16 comma 2); inoltre, non è ammesso il tempo parziale in presenza di funzioni di natura ispettiva, di direzione o di coordinamento di strutture.

Sul fronte dell'orario di lavoro può solo annotarsi una particolare attenzione alle esigenze dell'utenza e, purché compatibile con queste, un favore per l'adozione della flessibilità (art. 18).

Merita di segnalare la disciplina della mobilità recepita nel CCNL di comparto (art. 33), che per il tramite di appositi accordi intende favorire la mobilità volontaria e, in subordine, quella d'ufficio.

Sotto il profilo del trattamento economico, la proporzionalità fra prestazione lavorativa e retribuzione spettante riguarda tutte le corrisposizioni, anche accessorie, e tutte le competenze, fisse e periodiche, compresa l'indennità integrativa speciale. (art. 16 comma 9).

La struttura della retribuzione, indicata dall'art. 40, distingue innanzitutto il "trattamento fondamentale" (stipendio tabellare, indennità integrativa speciale ed eventuale retribuzione individuale di anzianità), dal trattamento economico collegato a posizione di lavoro e produttività (straordinario, compensi produttività collettiva, premi produttività individuale e indennità varie). Sono disposti incrementi degli stipendi tabellari in due *tranches*, la prima corrisposta dal 1° gennaio al 30 novembre 1995, la seconda dal 1° dicembre 1995, con importi che per la prima *tranche* vanno dalle 66.000 lire lorde al I livello alle 109.000 all'VIII livello, mentre per la seconda, riassorbente la prima, vanno da 94.000 al I livello alle 161.000 dell'VIII. E' naturalmente riassorbita in questi aumenti anche l'indennità di vacanza contrattuale.

Per il finanziamento della parte variabile della retribuzione, connessa a particolari posizioni o a particolari risultati raggiunti, sono stati istituiti (art. 43) tre appositi fondi: il fondo per il compenso del lavoro straordinario, il fondo per la remunerazione di particolari condizioni di disagio pericolo o danno e il fondo per compensare particolari posizioni di lavoro in relazione alla qualificazione professionale e la valorizzazione delle responsabilità. Sono inoltre istituiti il fondo per la qualità della prestazione individuale e quello per la produttività collettiva e il miglioramento dei servizi.

Un'ultima notazione riguarda la verifica delle disponibilità finanziarie collettive prevista all'art. 54 del contratto collettivo: qualora vengano certificati maggiori oneri contrattuali rispetto a quelli previsti, si dà luogo ad un nuovo accordo che proroga o sospende, parzialmente o totalmente, l'esecuzione del contratto.

L'autorizzazione alla sottoscrizione del CCNL della dirigenza medica e veterinaria è del 12 settembre 1996, e così anche per quello della dirigenza non medica.

Comuni elementi di fondo sono la tendenziale responsabilizzazione del personale dirigenziale, la commisurazione delle competenze accessorie ai risultati e all'impegno, e in genere una maggiore flessibilità organizzativa a fini di razionalizzazione.

Per i dirigenti medici di II livello (rappresentati sostanzialmente da primari ospedalieri, dirigenti sanitari e sovrintendenti sanitari) è prevista l'assunzione diretta per incarico, ai sensi dell'art. 15 comma 3, 2° capoverso e seguenti del d.lgs. 502/1992.

Per quanto riguarda la mobilità, si prevede la possibilità di stipulare accordi che disciplinino la mobilità dei dirigenti anche tra aziende e enti di Regioni diverse.

Peculiare è nella disciplina della cessazione del rapporto di lavoro per recesso dell'Azienda o dell'Ente, la previsione di un contrasto in sede di recesso per giusta causa tra direttive aziendali e deontologia professionale, sicché se ne prevede la valutazione in apposite sedi negoziali.

L'orario di lavoro è fissato a 38 ore settimanali, che scendono a 28 ore e 30 minuti per l'area finora detta del "tempo definito".

²⁸ Era prevista originariamente anche la certificazione da parte del Nucleo di valutazione della spesa del pubblico impiego presso il CNEL, Nucleo ora soppresso con d.lgs. 4 novembre 1997 n. 396.

Per quanto riguarda infine la retribuzione, per le competenze accessorie non appare pienamente seguito il principio della commisurazione ai risultati: nel contratto della dirigenza medica sono previste infatti la "indennità di specificità medica" e la "retribuzione di posizione", entrambe svincolate da una valutazione della qualità della prestazione, anche se la seconda prevede in effetti una parte variabile, connessa agli incarichi affidati e può essere perduta in casi di gravi "scostamenti" nell'attività svolta. Sono anche previste indennità connesse alle condizioni di lavoro, retribuzioni di risultato e premi di produttività.

5.3.2 - La spesa retributiva per categorie di personale

Con riferimento alla scomposizione della spesa per singole categorie di personale, va evidenziato come i dati forniti dalla Ragioneria generale nel conto annuale presentino a volte difformità fra diverse tavole e mostrino alcuni andamenti di difficile giustificazione. Per la prima di tali evenienze, si segnala la non esatta corrispondenza dei valori del totale delle competenze fisse riportati rispettivamente nella tabella 11.0.10 e 11.0.13, e ciò sia nel conto annuale del 1994 sia nelle bozze di quello del 1995; in queste ultime ad esempio il valore nella prima tabella è di 25.518 miliardi, nella seconda è di 25.506 miliardi, e non è possibile, allo stato degli atti, fornire delucidazioni sulla eventuale differenza degli aggregati e/o dei criteri con i quali sono stati calcolati i valori suddetti.

Quanto agli andamenti apparentemente poco giustificati, si segnala la forte riduzione, dal 1994 al 1995, del totale dei recuperi per ritardi o assenze: da 54 miliardi si scende a meno di 40. In calo dal 1994 al 1995 sono anche le c.d. "indennità fisse e continuative", e parimenti l'indennità integrativa speciale e gli arretrati per gli anni precedenti. In crescita gli stipendi e la retribuzione individuale di anzianità, sicché il totale delle competenze fisse, al netto dei recuperi, risulta in leggera crescita (da 25.262 miliardi a 25.518).

Procedendo tuttavia, con la dovuta cautela, ad utilizzare i dati del conto annuale per le voci che appaiono più affidabili, si possono evidenziare alcuni aspetti relativi alle diverse categorie di personale.

Innanzitutto, si nota che le somme pagate nel 1994 per i medici a tempo pieno (che rappresentavano il 14,2 % del personale SSN) ammontavano a 6.885 miliardi, vale a dire il 28,2% delle somme pagate per il personale in totale. Nel 1995 i medici a tempo pieno, costituenti il 14,5% del personale, hanno percepito 7.093 miliardi, pari al 27,8% del totale. Ciò sta a significare che le altre categorie hanno eroso la quota attribuita ai medici, con probabile conseguente riduzione del divario fra le retribuzioni delle diverse categorie.

I dirigenti dei diversi ruoli non-medici nel 1994 erano il 3,1% del personale totale e percepivano 1.153 miliardi, ossia il 4,7% della spesa pagata per il personale. Nel 1995 le stesse categorie di dirigenti hanno ugualmente costituito il 3,1% del personale, ma hanno percepito 1.151 miliardi, pari al 4,5% della spesa complessiva per il personale.

Per le altre categorie si registra, sempre dai dati del conto annuale, una diversa incidenza delle singole voci di spesa che compongono l'insieme di quanto corrisposto a detto personale.

La voce "stipendio" nel 1994 incide per il 40% sulla retribuzione dei medici a tempo pieno, per il 50% per i medici a tempo definito e per il 43% per gli altri dirigenti. Con riguardo al personale dei livelli, abbiamo un'incidenza del 39% dello stipendio sul totale, e detta percentuale scende al 36% per il ruolo tecnico. Nel 1995 i su citati valori risultano lievemente in crescita, di uno o due punti percentuali, ma senza variazione nella composizione; la variazione potrebbe quindi attribuirsi all'incompletezza dei dati relativi a tale anno, prima evidenziata.

Più interessante appare l'esame dell'incidenza percentuale della voce "altri assegni e indennità straordinarie" per le diverse categorie. Nel 1994, per i medici a tempo pieno tale emolumento incide per il 33%, mentre per i medici a tempo definito l'incidenza è solamente del 13%. Per i dirigenti del ruolo sanitario gli "altri assegni" costituiscono il 22% del totale, per quelli

del ruolo amministrativo il 19% e per i tecnici il 17%. Ancora più bassa è la percentuale di tale voce per il personale dei livelli: 11% per il ruolo sanitario, 6% per il ruolo amministrativo e 4% per quello tecnico. Nel 1995 i dati appaiono conformi, con lievi scostamenti. Resta comunque notevole il decrescere di tali valori scendendo lungo le categorie e, soprattutto, passando dal ruolo sanitario agli altri ruoli.

Si ricava, da quanto sopra esposto, una persistente (e per certi versi ovvia) preferenza per l'attribuzione di una maggiore quota di indennità specifiche al personale impiegato nelle posizioni più delicate e proprie della funzione sanitaria. Questa forma di meccanismo premiale delle più alte e più specifiche professionalità, condivisibile in linea di principio, potrebbe tuttavia essere radicalmente rivisto, con maggiore beneficio per l'efficienza dei servizi, da altre forme di remunerazione del lavoro svolto, delle quali si farà cenno nel paragrafo finale.

La retribuzione media annuale (fissa e accessoria) nel comparto risulta nel 1994 di 43 milioni 137 mila lire e nel 1995 di 43 milioni 738 mila lire. Naturalmente il valore più alto si registra fra i medici a tempo pieno (87 milioni 850 mila lire nel 1994 e 88 milioni 63 mila lire nel 1995).

5.3.3 - Il costo del lavoro nel comparto

Per quanto riguarda la scomposizione del costo del lavoro nelle diverse voci, con enucleazione del costo del personale²⁹, viene meno l'ausilio del conto annuale. Infatti, la quantificazione delle voci di spesa diverse dal costo del personale risulta, per gli anni di riferimento, incoerente e non facilmente comprensibile, a causa di una eccessiva riduzione di alcuni valori dal 1994 al 1995: basti segnalare come esempio che la voce "spese per gestione mense/assegni di vitto" passa dai 5.524 miliardi del 1994 ai 201 miliardi del 1995 e che la voce "formazione del personale" risulta di 1.854 miliardi nel 1994 e di 129 miliardi nel 1995. In presenza di tali scostamenti si deve ricorrere ad altre fonti di dati.

Si segnala ad ogni buon conto che il conto annuale 1994 riporta una spesa per retribuzioni lorde di 30.161 miliardi, che concorre per il 76,05% a formare un costo del personale di 39.661 miliardi. Le bozze del conto annuale 1995 riportano una spesa per retribuzioni lorde di 29.839 miliardi, costituente il 75,76% di un costo del personale di 39.385 miliardi.

Per valutare l'incidenza del costo del personale in rapporto al complesso degli impegni di spesa di parte corrente assunti con riferimento al settore Usl e Aziende Ospedaliere³⁰, ci si avvale anche delle elaborazioni del Sistema Informativo Sanitario del Ministero.

In base ai dati del Ministero della sanità³¹, le somme complessivamente impegnate nel 1994 e nel 1995 per le retribuzioni del personale del SSN in servizio - somme che costituiscono il costo del personale per il comparto in esame - sono state pari, rispettivamente, a 38.625 miliardi di lire e a 39.581 miliardi di lire: rispetto al 1993 il 1994 ha comportato una flessione, seppur minima, in valore nominale (e naturalmente una maggiore flessione in termini reali) mentre per il 1995 si riscontra una crescita nominale del 2,47%, inferiore al tasso di inflazione nel periodo e quindi comportante una leggera flessione in termini reali.

E' possibile fornire anche i dati relativi al 1996, che costituiscono però una stima, elaborata dal Dipartimento della programmazione del Ministero della Sanità al IV trimestre del 1996 stesso, e se ne può fare quindi un uso solamente indicativo. Orbene, la spesa per l'aggregato

²⁹ Nell'aggregato "costo del personale", nella accezione della RGS, si sommano le voci relative alla spesa per retribuzioni (competenze fisse e accessorie), le spese per missioni, gli assegni per nuclei familiari e i contributi a carico dell'amministrazione; il "costo del lavoro" è invece l'aggregato comprendente il suddetto costo del personale con l'aggiunta di voci di spesa di natura strumentale, quali quelle per la gestione dei concorsi, per la formazione del personale, per la gestione di mense, per il vestiario dei dipendenti, etc.

³⁰ *Rendiconti trimestrali delle USL*, cit.

³¹ Ministero della sanità - Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*, anni 1994 e 1995.

del personale assommerebbe per il 1996 a 42.362 miliardi, il che rappresenta un incremento di oltre il 7% rispetto al 1995 (comparato col valore di 39.433 miliardi, giacché tale è il dato omogeneo con riguardo alla fonte). Per lo stesso anno, le stime del Ministero del tesoro e del bilancio espongono un dato ancora più elevato, 43.137 miliardi³².

Per quanto suscettibili di correzione o di assestamento, i dati appena forniti non possono non rappresentare un campanello d'allarme per i responsabili della fase programmatoria.

Sempre con riferimento al 1996, la *Relazione sul fabbisogno di cassa del settore pubblico per l'anno 1997*³³ evidenzia un aumento della spesa per il personale, rispetto all'anno precedente, di 2.520 miliardi, con un incremento del 6,4%. Tale maggiore spesa viene attribuita al pagamento delle competenze relative ai rinnovi contrattuali, avvenuta a partire dal secondo semestre del 1995. La medesima Relazione prevede, per il 1997, un'ulteriore crescita del fabbisogno relativo alle spese per il personale (+8%), imputandola prevalentemente a maggiori oneri contributivi a favore dell'INPDAP.

La rappresentazione grafica dell'andamento qui descritto è inserita a fine capitolo con il numero 7.

I dati riportati nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese, presentata dal Ministro del Tesoro il 4 aprile 1997, sono lievemente differenti. Si veda in proposito quanto riportato nel grafico n. 8 a fine capitolo.

Dai dati del Ministero della sanità³⁴ si riscontra poi che, a fronte di una media nazionale di incidenza del 42,5% degli impegni di spesa per l'aggregato "personale" rispetto al totale delle spese correnti³⁵, si hanno per alcune Regioni scostamenti nel senso di una maggiore incidenza (Val d'Aosta 48,5%, Molise 48,3%, etc.) mentre per altre di una minore (Lazio 35,3%, Lombardia 38,4%). Può risultare interessante segnalare che nel medesimo documento del Ministero della sanità vengono rilevati gli scostamenti dalla media nazionale rapportando tali dati alla popolazione residente; in conseguenza dell'adozione di tale criterio lo scostamento più significativo del senso di maggiore incidenza del costo del personale è da attribuire alla Provincia autonoma di Bolzano (47,5% ma scostamento, rapportato alla popolazione, di +33,4%) e all'Umbria (con spese per il personale pari al 47% delle spese correnti totali e con scostamento "rapportato" pari a +28,3). Dal lato opposto della scala si riscontra il più significativo scostamento in negativo, sempre in rapporto alla popolazione, per la Puglia (scostamento di -16,6%) e per il Lazio (scostamento di -14,0%). Si possono tuttavia avanzare dubbi sulla significatività del dato regionalizzato della incidenza percentuale del costo del personale laddove non venga integrato in una più completa valutazione di altri fattori incidenti, quale ad esempio l'incidenza regionale dei servizi appaltati all'esterno.

Da altra pubblicazione dell'Ufficio di statistica del Ministero³⁶ - ufficio che opera nell'ambito del SISTAN (il Sistema statistico nazionale di cui al d.lgs. 6.9.1989, n. 322) - emergono dati leggermente differenti, che tuttavia consentono di delineare una serie storica anche su questo specifico aspetto della incidenza delle spese del personale sulla spesa totale. I dati disponibili permettono di mostrare la seguente tabella:

³² Cfr. la *Relazione generale sulla situazione economica del Paese (1996)*, vol. III, p. 197, Roma 1997.

³³ Presentata dal Ministro del tesoro il 2 aprile 1997, ai sensi dell'art. 30 della L. 5.8.1978, n. 468 e succ. mod.; cfr. p. 67 e segg..

³⁴ *Rendiconti trimestrali delle USL - anno 1995*, cit..

³⁵ Si segnala che nel citato documento *Rendiconti trimestrali delle USL* il totale delle spese correnti non comprende le partecipazioni sanitarie ed i trasferimenti al fondo sanitario nazionale.

³⁶ *Primo compendio del Servizio sanitario nazionale - anni 1991 - 1995*, Roma 1996.

Tabella n° 3

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Incid. % spesa person. su totale	38,79	38,77	39,4	39,79	40,74	40,35	41,45

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della Sanità, Dipartimento della programmazione

Per il 1996, con le cautele di cui si è già detto, si stima un valore di 42,6%, pertanto in ulteriore crescita. Le stime del Ministero del tesoro e del bilancio³⁷, a loro volta, ipotizzano per il 1996 una percentuale di incidenza delle spese per il personale del 43,19% sul totale delle spese.

La tabella n° 4 riassume, per il triennio, il totale delle spese correnti delle USL, con la quota relativa alle spese del personale con l'indicazione spesa media per abitante:

Tabella n° 4

Regioni	Numero di Usl		Spesa totale (miliardi)			Spesa media per abitante		
	1994	1995	1994	1995	1996*	1994	1995	1996**
Piemonte	63	22	6.812	6.863	7.222	1.582.000	1.587.000	1.683.000
Valle d'Aosta	1	1	195	208	225	1.651.000	1.756.000	1.898.000
Lombardia	84	44	14.695	14.848	15.840	1.651.000	1.666.000	1.777.000
P.A. Bolzano	4	4	833	863	981	1.866.000	1.923.000	2.182.000
P.A. Trento	11	1	817	810	862	1.788.000	1.763.000	1.874.000
Veneto	36	22	7.470	7.426	7.960	1.692.000	1.679.000	1.798.000
Friuli V.G.	12	6	2.143	2.048	2.158	1.796.000	1.719.000	1.814.000
Liguria	5	5	3.193	3.148	3.116	1.920.000	1.892.000	1.879.000
Emilia-Rom.	41	13	7.363	7.487	8.042	1.876.000	1.909.000	2.051.000
Toscana	40	12	6.022	6.080	6.592	1.707.000	1.724.000	1.872.000
Umbria	12	5	1.398	1.539	1.458	1.707.000	1.872.000	1.769.000
Marche	24	13	2.528	2.514	2.709	1.758.000	1.744.000	1.879.000
Lazio	51	12	9.094	8.697	9.261	1.754.000	1.675.000	1.782.000
Abruzzo	15	6	1.928	1.910	2.148	1.526.000	1.507.000	1.693.000
Molise	7	4	523	499	545	1.574.000	1.504.000	1.643.000
Campania	61	13	8.657	8.233	8.962	1.516.000	1.433.000	1.557.000
Puglia	55	12	6.277	5.847	6.472	1.544.000	1.435.000	1.587.000
Basilicata	7	5	829	907	963	1.357.000	1.486.000	1.580.000
Calabria	11	11	2.900	2.933	3.239	1.394.000	1.413.000	1.561.000
Sicilia	62	62	8.022	7.270	7.928	1.596.000	1.430.000	1.557.000
Sardegna	22	22	2.858	2.664	2.789	1.725.000	1.605.000	1.681.000
ITALIA	624	295	94.557	92.794	99.472	1.655.000	1.620.000	1.737.000

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati della Ragioneria generale dello Stato

Una rappresentazione grafica di tali fenomeni è stata elaborata ed inserita a fine capitolo; i riferimenti sono il grafico n° 9 e il n° 10.

37

Cfr. la nota 32.

Un fenomeno emerge qui in modo molto chiaro ed è opportuno segnalarlo, anche se può apparire scontato e anche se le conclusioni riassuntive saranno svolte più avanti: nella complessiva operazione di contenimento e tendenziale riduzione per la spesa sanitaria, l'aggregato che risulta storicamente e anche attualmente più resistente alla compressione è quello della spesa per il personale; quest'ultima infatti, quando si riduce, lo fa molto più lentamente rispetto al resto delle spese e pertanto cresce in incidenza percentuale.

La ripartizione pro-capite della spesa per il personale, quale risulta dal su detto compendio del Ministero³⁸, evidenzia a livello regionale, una corrispondenza tra questa indicazione e quelle fatte in precedenza sulla incidenza del costo del personale per le diverse Regioni. Infatti, rispetto ad una spesa pro-capite nazionale per il personale sanitario di quasi 690.000 lire, presentano il valore più basso la Puglia e il Lazio (con meno di 600.000 lire pro-capite) e il più elevato la Provincia autonoma di Bolzano (oltre 900.000 lire pro capite).

5.4 - Valutazioni finali

Gli interventi di riforma del SSN hanno consentito sinora, come già fatto presente, un certo miglioramento nell'andamento gestionale delle strutture, con benefiche ricadute anche in termini di migliore gestione del personale ed efficienza nell'erogazione dei servizi³⁹. Alcune valutazioni relative ai possibili punti di crisi del sistema, per quel che riguarda in particolare gli aspetti relativi al personale e più in genere al costo del lavoro, sono tuttavia necessarie.

A tale riguardo, non può mancare un cenno alla figura dei nuovi direttori generali "privati", la cui introduzione ha rappresentato una delle più evidenti novità della riforma. Deve allora essere evidenziata una iniziale incertezza sul ruolo di questi *manager*, che appare solo in parte superata, a quattro anni di distanza dalla loro entrata in opera. Al di là dei discreti risultati finanziari ottenuti da molti di essi⁴⁰, va rilevato il rapporto spesso non chiaro con le Regioni, nonché il sistema di reclutamento, non sempre garanzia di trasparenza, che ha causato un contenzioso rilevante ed il frequente commissariamento delle Aziende ad opera delle Regioni: a metà del 1995, per esempio, ben quattro Aziende su dieci risultavano commissariate. A ciò si aggiungano le mancate valutazioni dei risultati da parte regionale, oltre alla non avvenuta formalizzazione dei corsi ufficiali di formazione destinati ai direttori generali, in mancanza dei quali risulta ardua ed arbitraria la stessa selezione dei futuri *manager*.

Anche con riferimento al restante personale, si lamentano carenze nella formazione, proprio in un momento di grandi cambiamenti normativi e professionali, nonché la persistente assenza di una seria programmazione delle risorse umane. Lo stesso blocco generalizzato delle

³⁸ Vedi nota n. 36.

³⁹ Per quel che riguarda la situazione finanziaria, basti pensare che, per l'esercizio finanziario 1995, il disavanzo complessivo del settore è stato di soli 1.344 miliardi, laddove appena l'anno prima si era registrato un travalicamento dei fabbisogni per oltre 7.442 miliardi: i dati sono riportati nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese (1996)*, cit., vol. II, pag. 193. Cfr. inoltre, sul punto, la *Relazione annuale della Corte dei Conti al Parlamento e ai consigli regionali (art. 3, comma 6, legge 14.1.1994, n. 20) per gli esercizi finanziari 1990 - 1994*, Volume I, Roma 1996. Un giudizio sostanzialmente positivo sull'efficacia delle misure di contenimento del disavanzo degli ultimi anni è anche espresso dalla Commissione tecnica per la spesa pubblica del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica: cfr. la pubblicazione *Regionalizzazione della sanità e controllo della spesa pubblica*, Roma 1996, pag. 7. Il disavanzo stimato alla fine del 1996, ammonta invece a L. 3.325 miliardi, ottenuti come differenza tra la spesa complessiva stimata, pari a 100.639 mld., ed il finanziamento complessivo (97.314 mld.): *Relazione Generale sulla situazione economica del Paese*, cit., vol. II, p. 193.

⁴⁰ Considerevole è stato, ad esempio, l'aumento complessivo delle entrate proprie delle aziende: 3.522 mld nel 1995, rispetto ai 3.265 del 1994 ma, soprattutto, ai 2.620 del 1993 e ai 2.331 del 1992: cfr. Corte dei conti, *Decisione e relazione sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 1995*, Roma 1996, vol. II, tomo III, cap. XII (appendice).

assunzioni, previsto dalla legge n. 724/1994 e ribadito dai successivi provvedimenti normativi, non ha considerato le possibili necessità di particolari profili professionali da parte della sanità rinnovata impedendo, anche qui, un'effettiva programmazione.

Per quel che riguarda in particolare la dirigenza, suscita qualche perplessità la netta separazione tra dirigenza sanitaria ed amministrativa, ugualmente sottoposte però a periodiche, analoghe verifiche degli obiettivi conseguiti; circostanza quest'ultima che potrebbe in futuro determinare conflitti tra le due componenti in ordine al contenuto dei risultati da perseguire, poiché la parte medica si preoccuperà maggiormente di ottenere successi nel campo medico, tendendo anche al superamento di rigidi *standard* organizzativi, mentre i dirigenti amministrativi saranno indotti a porre la loro attenzione sugli aspetti gestionali, finanziari e di legittimità. Dubbi suscitano, ancora, i sistemi di accesso al secondo livello dirigenziale, previsti dall'art. 17 d.lgs. n. 502/1992.

Con riferimento alla politica salariale - fonte principale, negli ultimi anni, dei deficit delle aziende - va premesso che i CCNL ultimamente siglati hanno in effetti rappresentato un primo passo verso l'obiettivo di correlare il trattamento economico accessorio ad obiettivi concreti, quali il raggiungimento di elevati livelli qualitativi delle prestazioni individuali o il contenimento delle spese: a quest'ultimo riguardo, va segnalata la positiva novità della possibilità, per gli enti, di incrementare il fondo aziendale per la produttività collettiva nel caso di avanzi di amministrazione e pareggio del bilancio, secondo criteri stabiliti dalle Regioni.

Appare necessario tuttavia, per il futuro, iniziare a rivedere i diversi aspetti del trattamento economico del personale medico, soprattutto per ciò che riguarda la parte variabile della retribuzione, dati anche gli scarsi risultati ottenuti sinora con i meccanismi di incentivazione alla produttività. A tale ultimo proposito, si potrebbe anche verificare la possibilità di definire rapporti di lavoro a termine, con selezione nominativa degli specialisti, almeno per i primi anni di carriera, onde incentivare la concorrenza e contenere i costi per l'amministrazione. Si ricorda, al riguardo, che il d.d.l. di delega per la riforma del SSN, collegato alla legge finanziaria 1998 (A.C. n. 4230, innanzi citato) contempla espressamente la possibilità che il legislatore delegato preveda per le aziende un ricorso generalizzato al contratto di collaborazione libero - professionale (artt. 2222 e 2230 del c.c.) per il personale laureato.

In ogni caso, sembra fin da ora indispensabile che vengano sviluppati ed approfonditi i meccanismi di controllo sulla qualità dei servizi erogati dalla aziende, meccanismi che - come noto - nell'intenzione del legislatore costituiscono il perno per una concreta operatività del nuovo sistema di finanziamento del sistema sanitario, basato appunto sulla remunerazione delle singole prestazioni. L'entrata a pieno regime dell'innanzi citato sistema di finanziamento cd. "prospettico" (o tariffario), oltre ad incidere sul comportamento dei medici ospedalieri, non potrà non avere effetto sui rapporti tra i medici e le strutture di riferimento, come pure tra gli stessi medici e i

⁴¹ Si fa presente, a tale riguardo, che il d.d.l. collegato alla legge finanziaria per il 1998 (A.C. n. 4354, recante *Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica*), all'art. 39 prevede la sostituzione del blocco attuale con un meccanismo programmatico che consenta una parziale sostituzione del *turn-over* secondo le necessità effettive delle amministrazioni, peraltro con rigide limitazioni nel numero totale di dipendenti pubblici da assumere annualmente.

Come più volte evidenziato nelle precedenti Relazioni sul costo del lavoro pubblico relative agli anni 1992 e 1993) di questa Corte dei conti. Cfr., infatti, la relazione per il 1993, cap. V, p. 147.

⁴² Cfr. il precedente cap. 5.3.1.

⁴³ La proposta viene, tra gli altri, dalla Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale: cfr. il volume *Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento* - Documento di base n. 4, Roma 1996, pag. 25 e segg. La Commissione tecnica per la spesa pubblica, su citata, propone a sua volta una più decisa ed incisiva attuazione delle norme sul rapporto di lavoro di diritto comune per tutti i dipendenti del SSN: Cfr. *Razionalizzazione e contenimento della spesa ospedaliera*, Roma 1996, p. 8.

⁴⁴ Cfr. paragrafo 5.1.

pazienti, con possibili situazioni conflittuali tra i responsabili della programmazione aziendale ed il personale medico.

In tale prospettiva, potrà essere interessante esaminare l'applicazione delle previsioni relative all'esercizio della libera professione intramuraria, contenute nell'ultima legge collegata alla finanziaria, la legge n. 662/1996; l'auspicio è che in tal modo sia possibile mantenere le migliori capacità professionali all'interno delle strutture pubbliche, con un ottimale utilizzo delle stesse strutture. A tale proposito, si fa presente che da tale forma di attività il Ministero del tesoro e del bilancio prevede un maggiore introito complessivo di circa 400 miliardi per il 1997⁴⁶.

Anche su tale aspetto - unitamente all'altra previsione della legge n. 662/1996, relativa all'attivazione dei posti letto a pagamento negli ospedali pubblici - sarà fondamentale la fase di regolamentazione e di verifica, a livello ministeriale e regionale, ad evitare fenomeni di sperequazione tra strutture e tra pazienti, oppure l'uso strumentale delle liste di attesa per favorire il ricorso all'attività "libera" intramuraria.

Appare inoltre necessario rivedere gli stessi processi di trasferimento delle risorse dallo Stato alle Regioni e da queste ultime alle aziende, in modo che la contrattazione sia costantemente correlata alle esigenze di finanziamento dei livelli di assistenza da garantire.

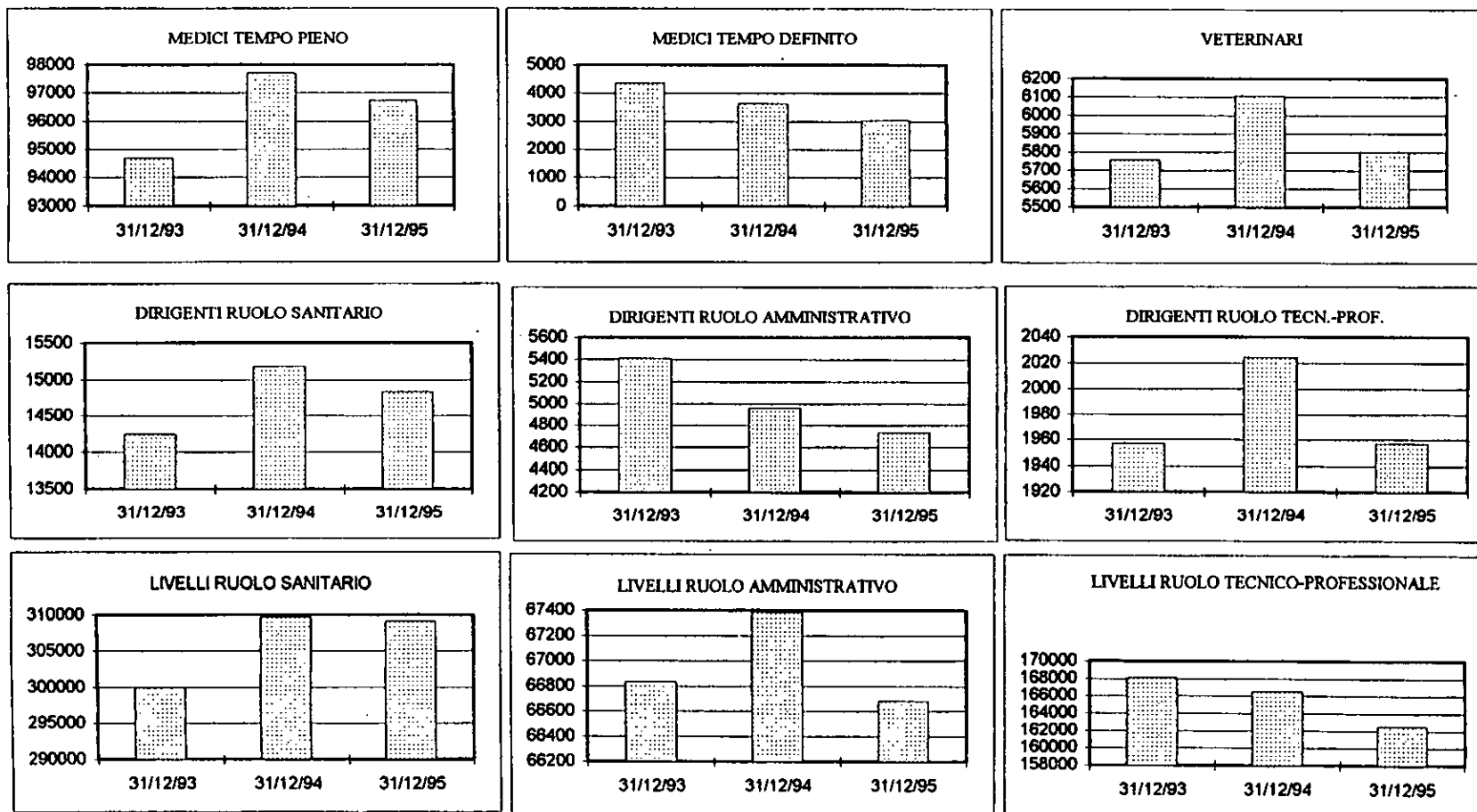
E' importante, infine, individuare efficaci forme di responsabilizzazione e di penalizzazione dei soggetti che erogano la spesa, favorendo una loro maggiore attenzione all'adozione di appositi sistemi di incentivazione al contenimento della spesa da parte dei singoli operatori; in proposito, potrebbe ipotizzarsi l'obbligatorietà, per le singole strutture, del pareggio di bilancio, con a fronte la possibilità di utilizzo dei residui⁴⁷ attivi all'interno degli uffici che li hanno conseguiti, per il miglioramento delle strutture stesse.

⁴⁶ *Relazione sulla stima del fabbisogno di cassa del settore pubblico per l'anno 1997*, cit., p. 70.

⁴⁷ Come suggerito dalla Commissione tecnica per la spesa pubblica: *Razionalizzazione e contenimento della spesa ospedaliera*, cit., p. 9. Cfr., inoltre, nello stesso senso, quanto affermato dalla Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale: *Relazione finale*, Roma 1997, p. 27.

SSN - Variazioni quantitative per categorie di personale

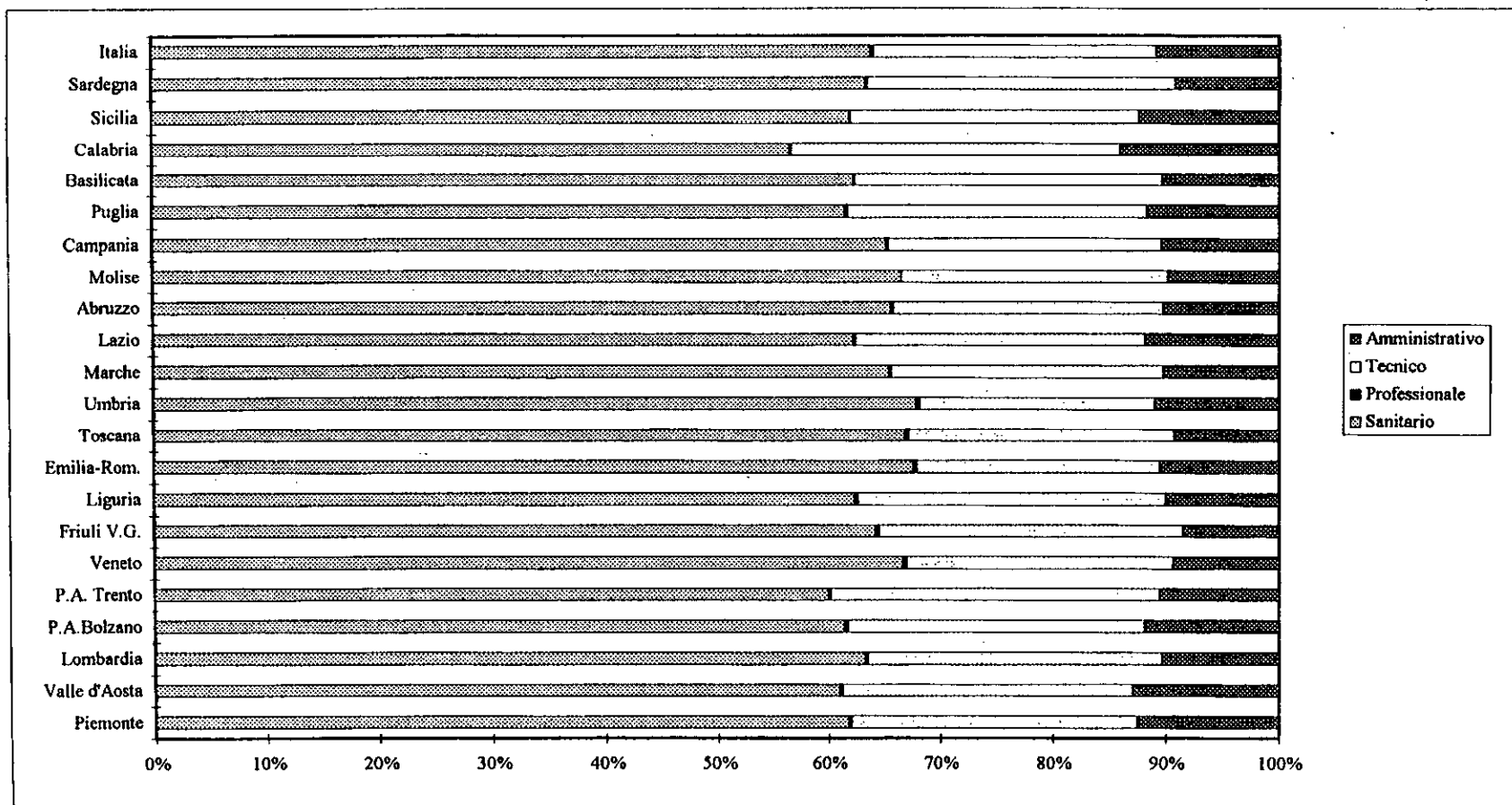
Grafico n. 1



Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Ragioneria generale dello Stato

UU.SS.LL. - Ripartizione per ruoli nelle diverse Regioni - anno 1994

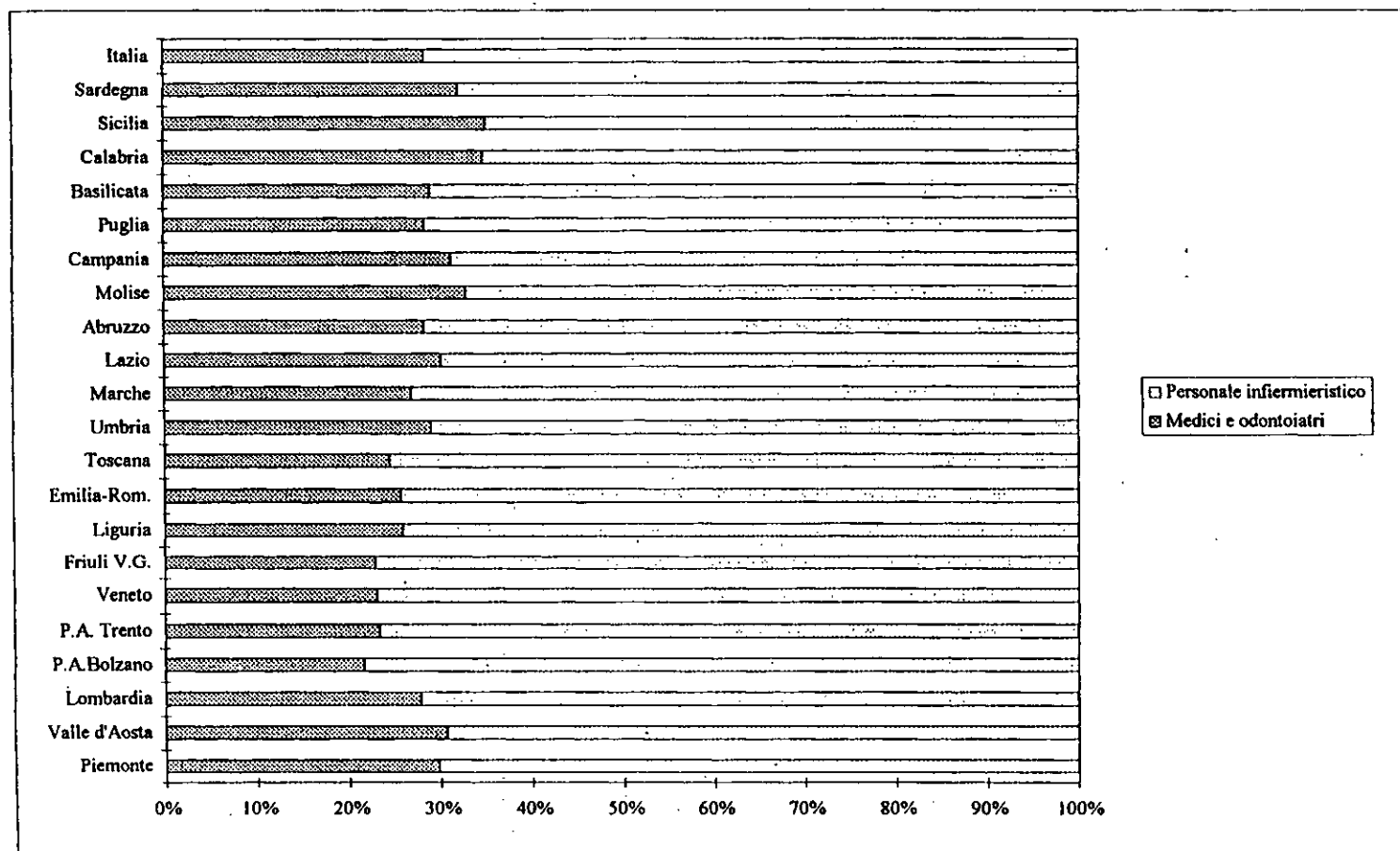
Grafico n. 2



Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della sanità - Sistema Informativo Sanitario - Dipart. Programmazione

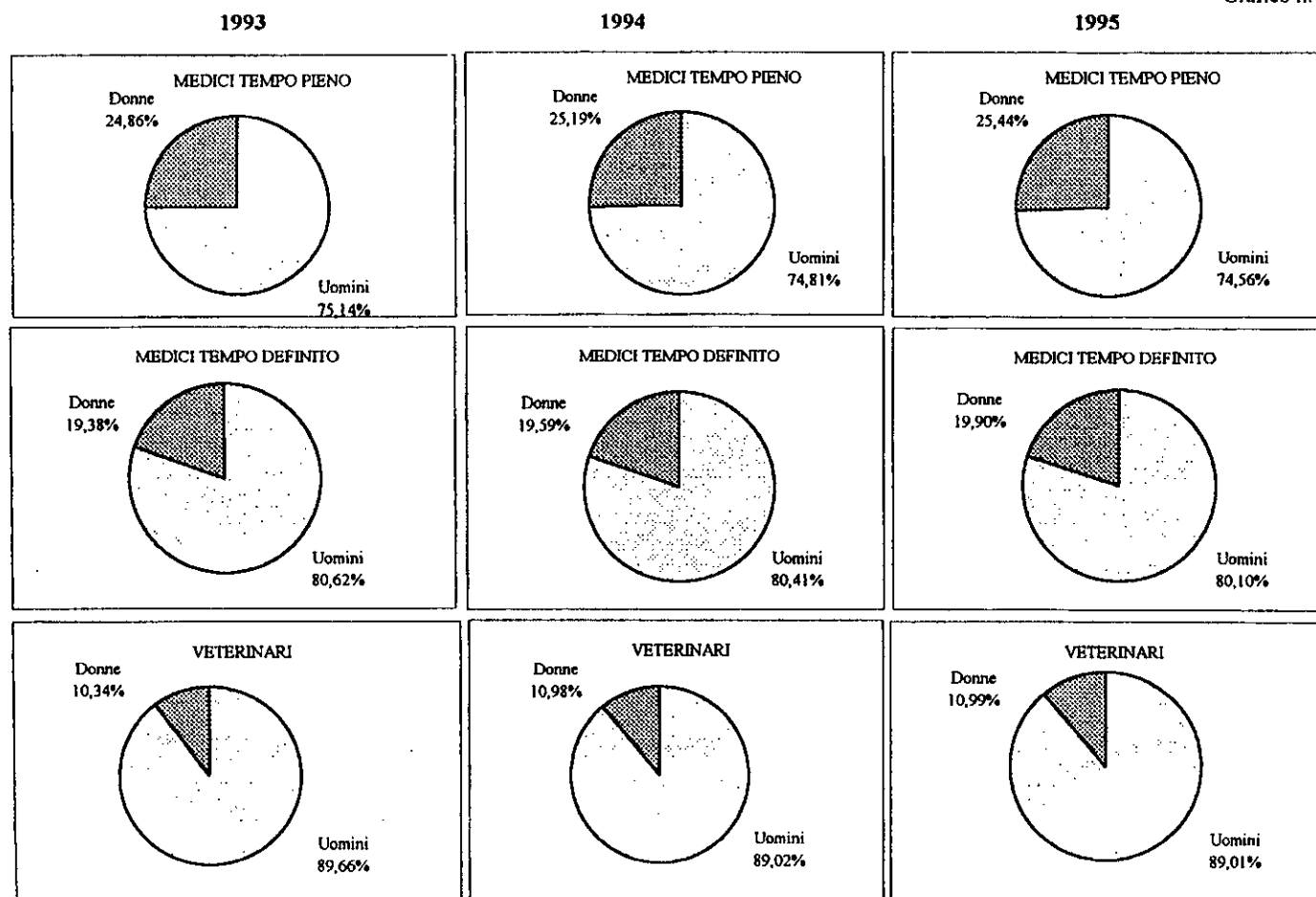
UU.SS.LL. - Ripartizione all'interno del ruolo sanitario nelle diverse Regioni - anno 1994

Grafico n. 3



Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della sanità - Sistema Informativo Sanitario - Dipart. Programmazione

Grafico n. 4



Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati ragioneria generale dello Stato