

del personale nei casi di esubero, pena il taglio del 2% della relativa quota regionale del fondo sanitario nazionale. La l. 23 dicembre 1996, n. 662 (cd. *collegato alla legge finanziaria 1996*) ha poi stabilito un'ulteriore riduzione dei posti - letto (e conseguente rideterminazione delle piante organiche) negli ospedali che durante il 1996 hanno registrato un tasso medio di occupazione inferiore al 75%, con alcune eccezioni nei reparti specialistici, un incremento dell'assistenza domiciliare e dei posti in regime di *day hospital*, oltre ad un maggiore ricorso alla prevenzione e, infine, la chiusura, entro il 31 dicembre 1996, degli ospedali psichiatrici⁹. Con il d.P.R. 14 gennaio 1997, n. 37 è stato poi approvato un atto d'indirizzo e coordinamento ai sensi dell'art. 8, comma 4, d.lgs. n. 502/1992, sull'individuazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per gli istituti pubblici e privati che esercitano attività sanitaria. Altre disposizioni in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria sono contenute nel titolo II, capo I della l. 27 dicembre 1997, n. 449 (cd. *collegato alla legge finanziaria 1997*), artt. 32-38. Da ricordare anche il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 115, emanato ai sensi degli artt. 1 e 3 della legge n. 59/1997, sul riordino dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), che è destinata in tal modo a diventare strumento di raccordo e collaborazione tra i diversi livelli di governo nel settore sanitario.

E' stato anche approvato il secondo piano sanitario nazionale (PSN), per il triennio 1998 - 2000: d.P.R. 23 luglio 1998¹⁰. Il documento, strumento cardine per la programmazione della politica sanitaria in Italia, definisce traguardi ambiziosi per il futuro assetto della sanità in Italia, tendendo ad una generalizzata riqualificazione dell'offerta sanitaria; il principio di fondo sotteso alle scelte governative è infatti lo sviluppo dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, con l'allocazione delle risorse per lo più verso quelle prestazioni cui è riconosciuta particolare efficacia e la definizione delle più efficienti forme di erogazione; la relativa spesa dovrà essere selezionata in base al principio costo-efficacia, piuttosto che tendere a tagliare le prestazioni meno urgenti, anche in quadro complessivo di interazione con la sanità integrativa, la quale potrà correttamente svilupparsi quando saranno meglio definiti i compiti del SSN.

Per quanto riguarda i futuri parametri di spesa, il PSN ha fissato la quota capitaria (vale a dire, la spesa media per abitante) per il 1998 in l. 1.795.305, cifra superiore cioè a quella prevista per il 1997 (l. 1.719.310), ma inferiore alla spesa reale nello stesso anno (1.869.804); per il 1999 ed il 2000 la spesa media *pro-capite* aumenterà, rispettivamente, a l. 1.849.165 e l. 1.904.640, con un aumento del 3% annuo. Sulla reale possibilità di mantenimento di tali obiettivi di spesa, è tuttavia lecito nutrire dubbi, data anche la persistente inattendibilità delle previsioni iniziali nel settore, ancora spesso bisognose di correzioni ed interventi di ripiano in corso d'opera¹¹.

Ulteriori interventi sono intervenuti nel recente periodo.

Ci si riferisce, in primo luogo, al D.L. 20 giugno 1997, n. 175, convertito con l. 7 agosto 1997, n. 272, recante disposizioni sull'attività libero professionale della dirigenza del SSN, nonché ai regolamenti di cui al d.P.R. nn. 483 e 484, entrambi del 10 dicembre 1997, relativi il primo alla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del SSN ed il secondo alla determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale. Si ricorda, inoltre,

⁹ Alla fine del 1996 erano ancora aperti 68 istituti, con circa 18.000 pazienti: cfr. ISTAT, *Rapporto annuale 1996*, Roma 1997, p. 297.

¹⁰ Pubblicato nella Gazzetta ufficiale - supplemento ordinario n. 201 - del 10 dicembre 1998.

¹¹ Anche nel corso del periodo considerato dalla presente relazione non sono infatti mancati interventi al riguardo: cfr. il D.L. 13 dicembre 1996, n. 634, convertito con l. 11 febbraio 1997, n. 21, per il finanziamento dei disavanzi delle vecchie USL e la copertura della spesa farmaceutica delle nuove aziende per il 1996.

il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, che ridefinisce il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (il cd. "sanitometro").

Va poi ricordato il ~~decreto~~ legislativo 31 marzo 1998, n. 112, recante "*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59*". Il titolo IV del decreto (dedicato ai "*servizi alla persona e alla comunità*") al capo I - articoli dal 112 al 127 - ha dettato una serie di disposizioni di rilievo per il settore in esame.

La riforma recata dal legislatore delegato ha inteso proseguire il percorso già tracciato con le ultime leggi di riforma, accentuando le caratteristiche di trasferimento di funzioni dal livello centrale a quello locale. Va tuttavia avvertito che in alcuni settori (art. 112, cit., 3° comma) resta invariato il riparto di competenze attualmente esistente: da menzionare, al riguardo, le funzioni concernenti la tossicodipendenza e le sostanze stupefacenti e psicotrope (disciplinate dal T.U. n. 309/1990); la procreazione umana naturale ed assistita; il sangue umano, la produzione di plasmaderivati ed i trapianti; la sorveglianza ed il controllo di epidemie di dimensioni nazionali o internazionali; la farmacovigilanza e la farmacoepidemiologia. Per il resto, l'articolo 114 stabilisce il principio generale del conferimento alle regioni, di tutte le funzioni ed i compiti amministrativi, in tema di salute umana e sanità veterinaria, non espressamente mantenuti allo Stato dagli articoli 115 - 126, il cui elenco è peraltro assai lungo ed articolato.

Innanzitutto, viene confermata la competenza dello Stato nel momento della programmazione. Di conseguenza, resta ferma l'attribuzione statale nell'adozione del PSN (art. 115, lett. "a"); unica novità, è che il Piano dovrà ora essere adottato d'intesa non più con la Conferenza Stato-regioni, ma con la nuova Conferenza unificata introdotta dal decreto legislativo n. 281/1997 (Conferenza Stato-regioni e Stato-città ed autonomie locali). E' poi attribuita sempre allo Stato la competenza all'emanazione dei "... *piani di settore, aventi rilievo ed applicazione nazionale*", nonché l'individuazione degli obiettivi essenziali e dei criteri comuni di azione amministrativa relativa a programmi di settore approvati dalle regioni (art. 116), nonché la definizione di un modello per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private (art. 115, lett. "g").

Le altre funzioni ~~mantenute~~ allo Stato sono indicate agli artt. 118-126. Tra le tante, si ricordano: la gestione del sistema informativo sanitario (SIS) e la diffusione di dati statistici (art. 118); le funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione alla produzione, importazione e immissione in commercio di medicinali (art. 119); quelle concernenti la classificazione dei medicinali ai fini della loro erogazione da parte del SSN e la definizione dei massimi tariffari (art. 120); la disciplina delle attività libero-professionali, la determinazione delle figure professionali e la determinazione dei requisiti e dei criteri generali relativi all'ammissione all'impiego del personale delle aziende USL e ospedaliere (art. 124). Sempre allo Stato sono infine riservate le funzioni amministrative in materia di ricerca scientifica (art. 125) e di profilassi internazionale (art. 126).

Per quel che riguarda le attribuzioni trasferite alle regioni, il secondo comma del ricordato art. 115 menziona l'approvazione dei piani e dei programmi di settore non aventi rilievo ed applicazione nazionale; le verifiche di conformità di attività, strutture, impianti, sostanze e prodotti e quelle sull'applicazione dei provvedimenti di autorizzazione alla pubblicità dei prodotti. In ogni caso, vale il principio generale della spettanza alle regioni di tutto ciò che non sia stato esplicitamente attribuito al livello centrale, secondo quanto del resto affermato nel primo comma dell'art. 114.

Con riferimento ai profili organizzativi delle strutture amministrative, l'articolo 116 sopprime le funzioni delle commissioni e degli organismi ministeriali sui piani e programmi di

settore, mentre l'articolo 127 prevede il riordino di alcune strutture centrali: per la precisione, si tratta dell'Istituto superiore di sanità, organo tecnico-scientifico dipendente dal Ministero ma in posizione di autonomia funzionale ed organizzativa; del Consiglio superiore di sanità, struttura tecnica consultiva del Ministero; infine, dell'Istituto superiore di prevenzione e sicurezza del lavoro (I.S.P.E.S.L.), di cui al d.Lgs. n. 268/1993. Il riordino di cui sopra si prevede venga realizzato mediante regolamenti governativi, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento delegato.

Il quadro di insieme, come sopra sinteticamente delineato, non sembra abbia modificato radicalmente l'attuale riparto di competenze tra i diversi livelli di governo¹², nè abbia comportato eccessive trasformazioni del vigente ordinamento sanitario, per una definitiva sistemazione del quale occorrerà peraltro attendere la piena operatività delle misure riorganizzative previste dalla legge 30 novembre 1998, n. 419, appena promulgata¹³, recante *"Delega al governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*. Il provvedimento in questione, infatti, prevede un'ampissimo ricorso alla delega legislativa, ai fini appunto del completamento del riordino strutturale dell'organizzazione sanitaria.

Tra le linee portanti del provvedimento si citano il rafforzamento del ruolo dei sindaci nella partecipazione alla programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, una maggiore flessibilità nella gestione del personale, con la responsabilizzazione dei dirigenti (per i quali si prevede la riconduzione del rapporto di lavoro al diritto comune) e, ancora, la facoltà, da parte delle aziende, di stipulare contratti a tempo determinato con personale laureato.

Il complessivo quadro ordinamentale della sanità, come sinteticamente delineato, è quindi, in tutta evidenza, ancora in forte movimento e ben lungi dal potersi ritenere completato, sia pure nelle linee essenziali, dovendo esso affrontare ulteriori, impegnativi passaggi, con spostamenti di competenze tra i vari livelli di governo e ridefinizione dell'organizzazione delle strutture e dell'ordinamento del personale.

5.2 - Le strutture del S.S.N. ed il personale in generale

5.2.1 - Consistenza, struttura e tendenza. La copertura degli organici e la presenza femminile

Il totale dei dipendenti del servizio sanitario nazionale risulta essere alla fine del 1996 pari a 679.687 unità, secondo le rilevazioni effettuate dalla Ragioneria generale dello Stato e riportate nelle bozze del conto annuale per il 1996. Nella cifra su riportata, sono comprese anche le unità di personale non di ruolo (1.467 unità), di personale temporaneo (20.297) e, infine, di dipendenti *part-time* e a contratto (rispettivamente, 5.001 e 573 unità). Dalle stesse tavole del conto annuale, si rileva che le dotazioni organiche, nel complesso, ammontano per lo stesso anno 1996 a 729.725 unità.

Occorre avvertire, a tale riguardo, che nelle bozze del conto annuale 1995 (asseritamente "definitive") utilizzate da questa Corte dei conti, in mancanza della pubblicazione del volume secondo del Conto, per la relazione dello scorso anno - come del resto avviene quest'anno¹⁴ -

¹² In concreto, le uniche novità di rilievo appaiono essere il conferimento alle regioni delle funzioni relative alla pubblicità sanitaria (art. 118, 2° comma cit.) ed il trasferimento, alle regioni medesime, delle funzioni ispettive e di controllo nelle materie ad esse conferite.

¹³ Già atto Camera n. 4230; pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 286 del 7 dicembre 1998.

¹⁴ Come già fatto presente *supra*, cfr. il paragrafo 5.1.1.

era riportata, con riferimento alla stessa data del 31.12.1995, la cifra di 685.572 dipendenti del SSN, diversa quindi da quella di 687.184, risultante invece nelle presenti bozze del conto annuale 1996¹⁵.

La copertura dei posti in organico al 31.12.1996 - assunti per validi, con tutte le cautele del caso, i dati in possesso - è quindi, complessivamente, del 93,1%¹⁶.

Rispetto alla rilevazione dello scorso anno, si è verificata una sensibile diminuzione del personale in servizio (6.000 unità in meno rispetto al 1995, e addirittura 13.000 in meno rispetto al 1994), mentre il personale previsto in organico non è variato di molto rispetto al 1995 (nel 1995, appunto, erano previsti in organico 729.095 dipendenti); la combinazione di tali fenomeni ha ovviamente rallentato il processo, rilevato nella passata Relazione, di aumento nel tasso di copertura degli organici (che è infatti passato dal 94 al 93%).

Nello specifico, risultano in servizio nel 1996 103.903 tra medici e i veterinari, mentre gli organici ne prevedono 117.759. Il personale della dirigenza non medica ammonta invece, sempre nel 1996, a 20.566 unità, su un organico di 25.375. Il personale complessivamente inquadrato nei livelli è stato di 527.880 unità, mentre il rispettivo organico è di 586.229 unità¹⁷. Risulta inoltre, dalle tavole del Conto, che medici e veterinari rappresentano quasi il 16% del personale di ruolo, la dirigenza non medica poco più del 3%, mentre quasi il 47% degli addetti di ruolo appartiene al personale dei livelli del ruolo sanitario, il 10% a quello amministrativo ed il 24% a quello tecnico-professionale.

Nella tabella seguente, sono riportati i dati, elaborati sulla base delle bozze del conto annuale 1996, relativi alle consistenze numeriche del personale in servizio ed alla percentuale di copertura degli organici per qualifica:

CATEGORIE	In servizio al 31/12/96	Organico previsto	Copertura organico (%)
Medici tempo pieno	95.455	109.189	87,4
Medici tempo definito	2.713	1.788	151,7
Veterinari	5.735	6.782	84,6
Dirigenti ruolo sanitario	14.255	16.692	85,4
Dirigenti ruolo amministr.	4.387	6.017	72,9
Dirigenti ruolo tecnico-prof.	1.924	2.666	72,2
Livelli ruolo sanitario	306.149	334.085	91,6
Livelli ruolo amministrativo	65.775	74.157	88,7
Livelli ruolo tecnico-profess.	155.956	177.987	87,6
Personale part-time	5.001	===	===
Person. Contrattista - equip.	573	362	158,3
Personale non di ruolo	1.467	===	===
Personale temporaneo	20.297	===	===
TOTALE	679.687	729.725	93,1

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

Se si sommano le qualifiche omogenee, si rileva poi che per i medici ed i veterinari la copertura è complessivamente dell'88,2%; per la dirigenza non medica la percentuale di copertura è dell'81% e, infine, per il personale dei livelli la medesima percentuale è del 90%.

¹⁵ Si veda, infatti, la scheda relativa al SSN, parte II ("Caratteristiche del comparto").

¹⁶ per il 1994 la copertura era del 90% e per il 1995 del 94%; cfr. la Relazione dello scorso anno, paragrafo 5.2.1.

¹⁷ In dettaglio, dei suddetti 527.880 dipendenti appartenenti a qualifiche non dirigenziali, 306.149 appartengono al ruolo sanitario (su un organico di 334.085 unità), 65.775 a quello amministrativo (a fronte di un organico teorico di 74.157 dipendenti) e, infine, 155.956 al ruolo tecnico-professionale, il cui ruolo organico prevede, nello stesso periodo, 177.987 unità di personale.

Come si potrà notare, le maggiori carenze nella copertura degli organici si addensano nella dirigenza amministrativa e nelle qualifiche tecnico-professionali. Per quel che riguarda i medici, è poi evidente la tendenza a coprire le carenze tra i medici a tempo pieno, facendo ricorso a quelli a tempo definito, con conseguente squilibrio (sia pure limitato, data la scarsa incidenza del numero complessivo) nei rapporti tra le due categorie. Infine, come notazione più generale, è da rilevare che la presenza di 26.800 dipendenti *part-time*, temporanei o non di ruolo evita che lo squilibrio tra occupati e posti previsti in organico, sia più rilevante; si ricorda, infatti, ad una copertura media - almeno per le qualifiche più numerose - dell'88-90%, corrisponde poi una percentuale complessiva di copertura del 93%.

Per quel che riguarda infine la componente femminile, va evidenziato che, sul totale dei dipendenti come sopra indicato, essa risulta essere alla fine del 1996, pari al 56,4% (leggermente maggiore di quella rilevata nell'anno precedente): 383.104 dipendenti donne su 679.687 totali.

Nella tabella che segue, sono riportati i dati relativi alla percentuale di donne in servizio nei vari livelli e qualifiche funzionali:

CATEGORIE	In servizio al 31/12/96	Presenza femminile	Presenza femm. (%)
Medici tempo pieno	95.455	24.378	25,5
Medici tempo definito	2.713	565	20,8
Veterinari	5.735	646	11,3
Dirigenti ruolo sanitario	14.255	9.016	63,3
Dirigenti ruolo amministr.	4.387	723	16,5
Dirigenti ruolo tecnico-prof.	1.924	491	25,5
Livelli ruolo sanitario	306.149	212.356	69,4
Livelli ruolo amministrativo	65.775	39.674	60,3
Livelli ruolo tecnico-profess.	155.956	75.500	48,1
Personale part-time	5.001	4.749	95,0
Personale contrattista equip.	573	84	14,7
Personale non di ruolo	1.467	808	55,1
Personale temporaneo	20.297	14.114	69,5
TOTALE	679.687	383.104	56,4

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

Risulta evidentissimo, dall'analisi dei dati, come la presenza femminile, pur maggioritaria nel complesso, sia pressoché trascurabile nelle qualifiche più elevate - con la sola eccezione, peraltro intuibile, della dirigenza del ruolo sanitario - concentrandosi invece nei livelli, specie dei ruoli sanitario ed amministrativo.

Significativo, ancora, il dato sul *part-time*: benché, in assoluto, sia stato scarsissimo l'utilizzo di tale strumento nel 1996 (appena lo 0,7% degli addetti del SSN vi ha fatto ricorso), la quasi totalità di coloro che ne hanno usufruito è di sesso femminile.

Sul personale del SSN sono anche disponibili, come negli anni passati, i dati del Ministero della sanità, che riguardano sia l'anno 1996¹⁸, che il 1997¹⁹.

Orbene, secondo le rilevazioni del Ministero della sanità, il personale dipendente dal SSN nell'anno 1996 è di 654.288 unità, distribuite (come di consueto) nei "quattro ruoli" tradizionali: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo²⁰.

¹⁸ Ministero della sanità - Dipartimento della programmazione, *Personale del SSN - anno 1996*, Roma, 1997; cfr., inoltre, il volume *Attività gestionali ed economiche delle USL e aziende ospedaliere*, Roma, dicembre 1997.

¹⁹ Ministero della sanità - Dipartimento della programmazione, *La sanità in cifre - dati 1997*, Roma, 1998, p. 10.

Il totale sopra riportato comprende anche il personale dipendente dalle Università - se in servizio presso le USL e gli altri istituti del SSN - nonché il personale temporaneo, non di ruolo, supplente, etc.; quindi, dovrebbe presumersi, le stesse unità considerate dal conto annuale della RGS, tenendo comunque presente che gli universitari sono computati separatamente nelle pubblicazioni del Ministero della sanità. Nel 1997, sempre secondo le rilevazioni del Ministero della sanità, i dipendenti del SSN sono invece 648.989.

Come si può facilmente notare, non solo permane ma addirittura raddoppia la differenza, già sensibile con riferimento agli anni scorsi, tra le cifre fornite dal Ministero della sanità e quelle della Ragioneria: mentre per i dati riferiti all'inizio del 1995 la differenza risultava di circa 13.000 unità²⁰, i dati del 1996 - gli unici confrontabili - differiscono di ben 25.000 unità. E' del tutto probabile, allora, che il conto annuale abbia esaminato e censito un universo più ampio di quello preso in considerazione dal Ministero, anche se le due rilevazioni asseritamente riguardano, in entrambi i casi, tutti gli enti e gli addetti del SSN.

In ogni caso, per quel che riguarda la suddivisione del personale tra i vari ruoli secondo i dati forniti dal Ministero, va premesso che il ruolo sanitario, secondo la ripartizione in uso comprende medici, odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, farmacisti, etc. ma anche il personale infermieristico. Tutti questi addetti rappresentano la quota maggiore di dipendenti, con 426.091 unità nel 1996 e 425.729 nel 1997. Tra di essi, i medici e gli odontoiatri sono 98.362 nel 1996 e 97.624 nel 1997, il personale infermieristico ammonta invece a 252.205 addetti nel 1996 e 251.208 nel 1997.

Segue poi il personale tecnico, del quale fanno parte analisti, statistici, sociologi, assistenti sociali, che è formato da 154.436 unità nel 1996 e 151.796 l'anno successivo, con una perdita quindi di ben 3.000 unità. Il personale amministrativo conta 70.210 dipendenti nel 1996 e 69.047 nel 1997.

Infine, il personale professionale - comprensivo di avvocati, ingegneri, architetti, geologi e assistenti religiosi - ammonta a 1.527 dipendenti nel 1996 e 1.478 l'anno dopo. Vanno infine considerati i dipendenti con qualifiche definite atipiche (cioè non facilmente riconducibili alle precedenti categorie). Questi ultimi sono 2.024 nel 1996 e si riducono a 939 nel 1997.

Sempre stando ai dati del Ministero della sanità, si rileva poi una costante, progressiva diminuzione del personale negli ultimi anni, causata probabilmente dalle politiche restrittive in materia di nuove assunzioni nel pubblico impiego e dallo stesso inasprimento delle norme previdenziali, che hanno favorito le dimissioni di dipendenti in età avanzata. L'andamento degli ultimi cinque anni - comprensivo quindi del passaggio dal vecchio al nuovo ordinamento - è il seguente:

RUOLO	1993	1994	1995	1996	1997
Sanitario	430.958	431.854	428.695	426.091	425.729
Professionale	1.659	1.658	1.600	1.527	1.478
Tecnico	169.745	169.901	163.244	154.436	151.796
Amministrativo	72.469	72.686	71.800	70.210	69.047
TOTALE (+ qualifiche atipiche)	675.976	677.062	666.198	654.288	648.989

Fonte: Ministero della sanità. Dipartimento della programmazione

²⁰ In proposito, si evidenzia che, mentre i dati della Ragioneria generale accostano medici e veterinari, il Sistema informativo sanitario inserisce questi ultimi nella categoria di "altro personale laureato", assieme a farmacisti, chimici, psicologi, etc., ricomprendendo poi questa categoria in quella più ampia del "ruolo sanitario" (assieme ad infermieri, vigilatrici d'infanzia etc.) distinto dal ruolo professionale, da quello tecnico e da quello amministrativo.

²¹ Cfr. *Relazione* il capitolo V della relazione al triennio 1994-96, cit., paragrafo 5.2.1.

Non sembra revocabile in dubbio, dai dati su riportati, che l'intento di razionalizzare la spesa sanitaria (anche) attraverso il contenimento del numero dei dipendenti sia stato coronato da indubbio successo: negli anni considerati, il comparto ha perso circa 27.000 addetti, vale a dire il 4% del totale. A questo fenomeno, tuttavia - come vedremo più avanti²² - non sembra avere corrisposto una parallela diminuzione della relativa spesa, che anzi è andata (sia pur leggermente) aumentando negli ultimi anni, nonostante il numero sempre minore dei beneficiari.

Tornando ad esaminare il periodo di riferimento della presente relazione - anni 1996 e 1997 - risulta evidente come le maggiori differenze tra i dati del conto annuale e le rilevazioni del Ministero della sanità riguardano il personale medico e, soprattutto, quello infermieristico (per il solo 1996, dai dati del conto annuale risulterebbero oltre 54.000 dipendenti in più rispetto a quanto indicato dal Ministero), mentre sono pressochè coincidenti i dati relativi al ruolo amministrativo. Tale circostanza farebbe pensare che la distanza tra le su dette cifre, come si è spesso suggerito, è dovuta in gran parte alla disomogeneità delle metodologie e criteri di rilevazione, e solo in parte ad errori in senso proprio. Se ciò è vero, appare urgente un chiarimento definitivo su quali enti e quali addetti vanno ricompresi, o meno, nelle indagini - da chiunque compiute a livello pubblico - che riguardano il SSN, con la fissazione di indirizzi e regole comuni per tutti.

Più in generale, sarebbe opportuno evitare in radice di compiere, nel medesimo ambito pubblico, indagini da parte di diversi organi sul medesimo oggetto, al duplice scopo di semplificare ed ottimizzare il lavoro dei rilevatori (riducendo inoltre il cd. *fastidio statistico* per gli uffici tenuti a rispondere a reiterate richieste di identico contenuto) e, sopra tutto, di fornire dati finalmente attendibili ed univoci.

5.2.2 - Cessazioni dal servizio ed assunzioni

Nella precedente Relazione si era dato conto di un andamento delle cessazioni dal servizio, riferite all'intero SSN, in continua crescita nel 1994 e nel 1995²³; nel contempo, si era fatto presente come il fenomeno fosse da riconnettere, oltre che alla contrazione delle cessazioni verificatesi nel 1993 rispetto ai dati dell'anno precedente, anche alle vicende normative restrittive dei pensionamenti e dai timori di inasprimenti delle condizioni di pensionamento negli anni successivi.

Nel corso del 1996, invece, il numero totale dei dipendenti cessati dal servizio, secondo le tavole del conto annuale, è sceso notevolmente, attestandosi sui 48.335 dipendenti cessati in totale, valore pressochè dimezzato rispetto all'anno precedente. Tale fenomeno sembra allora confermare l'ipotesi a suo tempo avanzata, con la quale l'aumento improvviso del numero delle cessazioni dal servizio negli anni 1994-95 fosse legato in gran parte ai prepensionamenti chiesti in vista dell'inasprimento delle norme in materia previdenziale.

Con riferimento alle cause di cessazione, si rileva che sono 5.709 i dipendenti andati a riposo per limiti di età, mentre quelli cessati dal servizio per dimissioni sono stati 17.438; 21.212 le persone passate ad altra amministrazione, e 3.976 persone risultano aver terminato il rapporto di servizio per altre cause. Resta rilevante, dunque, il numero dei dipendenti andati a riposo per dimissioni volontarie, ma ancor più rilevante è stata la quota degli addetti cessati per passaggio ad altra amministrazione, quasi la metà del totale delle cessazioni dal servizio nel 1996. Tale elevata percentuale di passaggi ad altra amministrazione, già rilevata per gli anni

²² Cfr., infatti, il successivo paragrafo 5.3.2.

²³ I valori totali delle cessazioni sono risultati infatti di 52.252 unità (1994) e 88.681 unità (1995), molto più elevati rispetto ai 30.130 del 1993: cfr. la Relazione relativa al triennio 1994-1996, cit., paragrafo 5.2.2.

immediatamente precedenti è con ogni probabilità connesso con la complessiva redistribuzione del personale nelle strutture risultanti dal nuovo assetto organizzativo del SSN, processo ancora non concluso nell'anno di riferimento.

Per quel che riguarda le immissioni in servizio, nel 1996 sono state assunte complessivamente 34.774 unità, di cui 11.000 a seguito di procedure concorsuali e ben 16.000 per provenienza da altra amministrazione. Tra i nuovi assunti, i medici sono stati quasi 5.200, i dirigenti degli altri ruoli meno di 1.000, e pertanto la quasi totalità dei nuovi entrati - 27.300 unità - appartiene al personale dei livelli, in particolare (oltre 17.000 addetti) al ruolo sanitario.

Il saldo tra cessazioni ed assunzioni, nel complesso, è pertanto negativo per l'intero comparto, con una diminuzione di oltre 13.500 unità nel corso dell'anno di riferimento. La più ampia forbice fra assunti e cessati si riscontra tra i medici e tra i dirigenti del ruolo amministrativo (rispettivamente quasi 2.000 e 1.000 addetti in meno).

5.2.3 - La distribuzione territoriale

La distribuzione percentuale del personale del servizio sanitario nazionale nelle varie Regioni presenta, anche per il 1996, gli squilibri rilevati in passato, che anzi - stando alle rilevazioni della RGS - si andrebbero accentuando in più di un caso.

I dati relativi al rapporto popolazione-addetti SSN sono riportati nella tabella che segue:

REGIONE	N. ABITANTI IN MIGLIAIA (a)	N. DIPENDENTI SSN (b)	a/b
Valle d'Aosta	119,2	1.819	65,5
Piemonte	4.294,1	52.566	81,7
Lombardia	8.958,7	107.711	83,2
Trentino Alto Adige	918,7	13.212	69,5
Veneto	4.452,8	54.997	81,0
Friuli Venezia Giulia	1.186,6	18.234	65,1
Liguria	1.650,7	26.876	61,4
Emilia Romagna	3.937,9	55.124	71,4
Toscana	3.524,7	47.912	73,6
Umbria	829,9	10.987	75,5
Marche	1.447,6	18.608	77,8
Lazio	5.217,2	52.362	99,6
Abruzzo	1.273,7	15.282	83,3
Molise	330,7	3.969	83,32
Campania	5.785,4	56.541	102,3
Puglia	4.087,7	40.801	100,2
Basilicata	607,9	6.148	98,9
Calabria	2.074,2	23.785	87,2
Sicilia	5.100,8	50.320	101,4
Sardegna	1.663,0	22.097	75,3
TOTALE	57.461,0	679.351	84,5

Fonte: Elaborazione Conto dei conti su dati del Min. sanità, Dipart. programmazione e dell'ISTAT

Risulta evidente come in tutto il nord Italia, senza eccezioni, la percentuale di personale del SSN sia più alta rispetto alla percentuale di popolazione (vi sono, cioè, meno abitanti per ogni addetto); anche nelle regioni centrali (a parte il Lazio) la situazione appare accettabile sotto tale profilo. In tutte le regioni meridionali, invece - con la sola eccezione della Sardegna - il rapporto si rovescia; in alcune di esse, anzi (e proprio in quelle più popolate) tale rapporto si allontana in maniera notevole dalla media nazionale.

5.2.4 - Il personale delle aziende sanitarie locali

Le nuove aziende (sanitarie e ospedaliere) costituiscono come noto le principali strutture della sanità pubblica a livello operativo, ed i relativi dipendenti rappresentano la quasi totalità degli occupati nel settore della sanità pubblica.

A tale riguardo, anzi, va detto che il realizzarsi del processo di riforma, da un lato, e la complessiva diminuzione degli impiegati nel settore negli ultimi anni, dall'altro, hanno avuto la conseguenza di un significativo aumento percentuale dei dipendenti delle aziende, rispetto al totale degli altri enti del SSN: la percentuale di dipendenti delle USL sul totale del comparto, che nel 1993 era del 92,7%²⁴, sale per il 1996 al 96,7%.

I dati del conto annuale indicano per il 1996 un totale di 657.436 unità di personale in servizio presso le ASL, mentre per il 1995 il totale indicato era di 663.225; si è quindi verificata una leggera flessione nel numero degli addetti da un anno all'altro.

Più interessante è esaminare tale andamento in un arco di tempo maggiore, anche per verificare l'effetto dell'avvio della riforma del 1992 sotto tale profilo. Nella tabella che segue, sono allora stati posti a confronto i dati sul personale delle USL, come rilevato nella Relazione di questa Corte dei conti relativa all'esercizio 1993 e quelli relativi ai dipendenti delle nuove ASL per il 1996, come risultanti dal conto annuale, suddivisi per regione:

REGIONE	DIPENDENTI USL (1993)	DIPENDENTI ASL (1996)
Valle d'Aosta	1.773	1.814
Piemonte	50.712	50.332
Lombardia	72.648	100.008
Provincia autonoma Trento	6.756	6.450
Provincia autonoma Bolzano	5.678	6.744
Veneto	56.947	54.791
Friuli Venezia Giulia	18.156	16.842
Liguria	24.119	22.559
Emilia Romagna	56.163	53.890
Toscana	47.932	47.713
Umbria	11.681	10.880
Marche	18.832	17.729
Lazio	52.843	50.932
Abruzzo	15.972	15.106
Molise	4.079	3.948
Campania	49.376	55.594
Puglia	40.141	40.057
Basilicata	6.165	6.130
Calabria	24.329	23.638
Sicilia	49.139	50.208
Sardegna	23.164	21.778
TOTALE	636.605	657.143 ²⁵

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

Il confronto tra i due dati evidenzia, da una parte, il complessivo aumento dei dipendenti - di circa 20.000 unità - ma, sopra tutto, la differente distribuzione del personale nelle varie regioni: basti notare i dati della Lombardia e della Campania, che presentano un aumento degli

²⁴ Come rilevato dalla Corte nella *Relazione sul costo del lavoro pubblico nel 1993*, al cap. V, paragrafo 5.1.2, p. 131.

²⁵ La differenza - peraltro minima - nel totale degli addetti, rispetto alla cifra indicata in apertura di paragrafo, è quella che risulta dalle tavole del conto annuale.

addetti di 30.000 e 6.000 unità. Ciò è un effetto chiaro della riorganizzazione seguita alla creazione delle nuove aziende, nelle quali è confluito il personale di molti enti in precedenza non facenti parte delle vecchie USL.

Le donne in servizio sono in tutto 369.958, in prevalenza nel livello del ruolo sanitario. La presenza femminile è allora pari al 56,3% del personale, in linea pertanto con il totale del comparto SSN ed in crescita rispetto al 1995 (la percentuale in questione era del 55,4%). Si conferma, allora, il *trend* complessivo di crescita della componente femminile nelle ASL, già avvertito nella Relazione dello scorso anno²⁶.

Diversi sono i dati ricavabili dalle pubblicazioni del Sistema Informativo del Ministero della sanità. L'annuario pubblicato dal su detto Ministero²⁷ distingue anzi tutto il personale in questione, a seconda che presti servizio nelle aziende-USL, ovvero nelle aziende ospedaliere, come del resto si è notato nella Relazione dello scorso anno²⁸.

Orbene, dalla pubblicazione del Ministero della sanità risulta che nel 1996 il personale delle USL ammonta a 492.428 unità, mentre quello delle aziende ospedaliere è pari invece a 167.132 unità, delle quali 5.272 appartenenti ai ruoli universitari. Il totale dei due aggregati ammonta pertanto a 659.560 unità di personale.

Per quel che riguarda la suddivisione per qualifiche, dai dati ministeriali risulta la situazione esposta nella tabella che segue:

RUOLI	AZ. USL	AZIENDE OSPEDALIERE		TOTALE
		SSN	Universitari	
Sanitario	316.868	109.223	4.364	430.455
Professionale	1.255	302	12	1.569
Tecnico	114.336	40.100	290	154.726
Amministrativo	57.975	12.235	606	70.816
TOTALE GENERALE	492.428	161.860	5.272	659.560

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della sanità, Dipartimento della programmazione

Anche qui risulta pertanto uno scostamento sensibile tra i dati della Ragioneria e quelli del Ministero della sanità; scostamento sempre meno spiegabile, dal momento che nel caso delle Aziende non si tratta di un aggregato disomogeneo come quello dell'intero comparto SSN (per il quale sarebbero forse giustificabili differenze dovute all'inserimento, o meno, di determinati enti). Si noti che, anche sottraendo dal totale gli appartenenti ai ruoli universitari, resterebbe comunque una differenza di circa tremila unità rispetto al "censimento" della RGS.

5.2.5. - Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

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.

Gli enti in questione - già interessati dalla riforma recata dal d.lgs. 30 giugno 1993, n. 269- sono di nuovo in via di riorganizzazione, dal momento che è pendente presso il Parlamento il d.d.l. di iniziativa governativa di riorganizzazione degli I.R.C.C.S. (Atto Camera n. 3856), che

²⁶ Allorché si era passati dal 55,2% del 1994 al 55,4% del 1995: cfr. il cap. V, paragrafo 5.2.4.

²⁷ Cfr. "Attività gestionali ed economiche delle USL e aziende ospedaliere - annuario statistico del sistema sanitario nazionale - anno 1996", Roma, dicembre 1997, p. 203 e segg.

²⁸ Cfr. il paragrafo 5.2.4.

riserva loro un ruolo più significativo per lo sviluppo delle attività di ricerca, da svolgere nell'ambito del piano sanitario nazionale.

Secondo i dati forniti dal conto annuale gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico assommano, alla fine del 1996, 16.481 dipendenti, in maggioranza donne (oltre il 60% del totale), su una dotazione organica complessiva di 18.455 unità: la copertura dei ruoli organici risulta quindi di poco inferiore al 90%.

Nel corso dell'anno 1996, sono cessati dal servizio 695 dipendenti, circa la metà rispetto alle cessazioni di ciascuno dei due anni precedenti; tra le cause di cessazione dal servizio, prevalgono largamente (364 unità) le dimissioni. Riguardo invece alle assunzioni, nel corso del 1996 sono entrati in servizio 608 dipendenti, dei quali 500 a seguito di concorso.

Per quel che riguarda la distribuzione geografica dei dipendenti degli I.R.C.C.S., si conferma ovviamente la particolare concentrazione nella regione Lombardia, che con i suoi 7.325 addetti rappresenta oltre il 44% del totale; segue la Liguria, con 2.565 unità; Friuli, Emilia Romagna e Lazio sono le uniche altre regioni con più di mille dipendenti.

5.2.6. - 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 Regioni.

Il personale in servizio alla fine del 1996 presso tali enti, come risultanti dai dati del conto annuale, ammonta a 1.960 unità; di queste, 116 sono personale temporaneo. Le relative piante organiche, che risultavano nel complesso essere state ridotte negli ultimi due anni (prevedevano 2.485 posti in totale nel 1994 e 2.375 unità nel 1995) per il 1996 hanno invece visto aumentare la disponibilità di posti a 2.577 unità. In ogni caso, il tasso di copertura degli organici resta molto basso, appena il 76%, rispetto ai restanti enti del comparto.

In ordine alla distribuzione del personale fra le diverse qualifiche, i veterinari in servizio sono 303 su 408 posti in organico (copertura degli organici del 74%); la dirigenza non medica ammonta a 157 unità su 208 posti disponibili (tasso di copertura superiore al 75%) ed il personale dei livelli è composto da 1.379 addetti su 1.961 in organico, con un tasso di copertura quindi del 70,3%.

Le cessazioni dal servizio hanno interessato solamente 52 dipendenti (40 di essi sono andati a riposo per dimissioni); le assunzioni, nello stesso periodo, sono state 30.

Per quel che riguarda la distribuzione territoriale, si conferma la prevalente concentrazione dei dipendenti del settore in Lombardia (378 unità), Veneto (206 unità) e in Sardegna (233 unità).

5.2.7 - I restanti enti del SSN

In questa categoria rientrano - seguendo la classificazione del conto annuale - rientrano solo due enti, cioè l'Ordine Medico di Torino e l'ospedale Galliera di Genova.

Risulta dal Conto che i suddetti due enti registrano complessivamente, alla fine del 1996, 3.810 dipendenti, su 4.466 posti in organico; ampia è la maggioranza femminile (il 63%). I medici sono 533, gli assistenti al ruolo sanitario 1.605 e quelli dei ruoli tecnico - professionali 1.100.

Durante il 1996 sono cessati dal servizio 148 addetti, dei quali 111 per dimissioni e 9 risultano passati ad altre amministrazioni. Nello stesso periodo, sono invece state assunte 65

persone, delle quali 13 per provenienza da altre pp.aa. e 28 per concorso. Il saldo tra cessazioni e assunzioni risulta quindi ampiamente negativo.

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

5.3.1 - Gli accordi collettivi e le preintese del Luglio 1998

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 oggetto di questa relazione, va fatto presente che dal 1° gennaio 1994 sono in vigore i nuovi contratti collettivi quadriennali (CCNL) per il comparto sanità e che dal 1° gennaio 1995 è in corso il secondo biennio ai fini economici.

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).

La disamina puntuale dei contenuti del contratto in parola e' stata già svolta nella relazione redatta lo scorso anno.

L'aspetto che invece merita di essere esaminato nella presente relazione riguarda la misurazione e la valutazione degli effetti prodotti dal secondo biennio di trattamento economico; si evidenzieranno le tendenze di crescita della spesa per il personale, con lo sguardo rivolto a quanto è dato ricavare dalle preintese firmate nel mese di luglio 1998 sulla revisione dell'ordinamento professionale del personale del settore che qui si esamina.

La riorganizzazione professionale delineata dalle preintese del luglio 1998, distribuisce il personale, come si è detto in precedenza, fra le categorie A, B, C e D, e lascia vuote per il comparto sanità, in sede di primo inquadramento, numerose fasce superiori e apicali nelle diverse categorie²⁹, alle quali accederanno, nei prossimi anni, i dipendenti inizialmente inquadrati nelle fasce inferiori. L'effetto sullo sviluppo della spesa non sarà tuttavia sensibile: la categoria C, che risulta la più consistente numericamente (oltre il 50% del totale del personale) non ha infatti, con questo primo inquadramento, fasce apicali vuote. Non si avranno neanche significative variazioni nell'addensamento del personale di ruolo nelle categorie, data la caratteristica "rigidità" delle professionalità in questo comparto. Un effetto certo sarà invece l'ampliamento del ventaglio retributivo, col progressivo entrare a regime della nuova organizzazione.

²⁹ Ad esempio, per la categoria A saranno occupate le fasce A (ex I, II e III livello) e A1 (ex III livello + art. 45) e vuote le fasce A2, A3 e A4.

5.3.2 - L'incidenza della spesa per il personale

In base ai dati della già ricordata *Relazione generale sulla situazione economica del Paese nel 1997* del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica (a loro volta ricavati dal 4° rendiconto trimestrale delle aziende sanitarie), a fronte di una spesa globale che presenta i seguenti valori (in miliardi):

1995	1996	1997 (stima)
93.285	100.071	107.408

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della sanità, Dipartimento della programmaz.

la spesa per il personale, in assoluto e in percentuale rispetto alla spesa totale, è stata la seguente:

1995	1996	1997 (stima)
39.575 (42,4%)	42.362 (42,3%)	46.616 (43,4%)

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della sanità, Dipartimento della programmaz.

Occorre per completezza precisare che per il 1997 possono essere considerati anche i dati provvisori forniti dal Ministero della sanità - Dipartimento della programmazione - in base ai quali la spesa complessiva ammonta a 108.175 miliardi di lire e la spesa per il personale a 46.977 miliardi, che comunque restituiscono egualmente una percentuale di incidenza della spesa per il personale del 43,4%.

Tornando ad esaminare la serie storica fornita nella Relazione Generale, si noti in particolare che il 1996 mostra un incremento della spesa sanitaria, rispetto all'anno precedente, del 7,3%, mentre la corrispondente crescita della spesa per il personale è del 7,0% (quindi più contenuta). Viceversa il 1997 presenterebbe (si tratta infatti di stime) una crescita della spesa sanitaria globale ancora del 7,3% sull'anno precedente, con una impennata (+10,0%) della spesa del personale nello stesso periodo.

La scomposizione per Regioni della spesa corrente e di quella per il personale del 1997³¹, è illustrata nella seguente tabella:

³⁰ Ulteriori aggiornamenti, provenienti dalla stessa fonte ministeriale e acquisiti informalmente in chiusura della redazione di questo testo, forniscono dati lievemente più elevati (47.550 miliardi di spesa per il personale nel 1997) ma la percentuale di incidenza non muta se non al secondo decimale.

Dati stimati nella *Relazione Generale sulla situazione economica del Paese nel 1997*, cit.; si noti che il totale è inferiore al dato fornito sopra in quanto non comprende le spese non regionalizzate (CRI, IZS, borse di studio universitarie, etc.).

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONI	Spesa sanitaria	Spesa per il personale	
		valore assoluto	% sul totale
Piemonte	7.730.948	3.588.905	46,4
Valle d'Aosta	279.555	141.203	50,5
Lombardia	17.519.047	6.797.035	38,8
Trentino A.A.	2.055.816	1.043.308	50,7
Veneto	8.509.335	3.930.962	46,2
Friuli V.G.	2.311.160	1.100.418	47,6
Liguria	3.475.949	1.658.272	47,7
Emilia-Romagna	8.394.707	3.754.000	44,7
Toscana	6.970.981	3.388.686	48,6
Umbria	1.663.795	842.262	50,6
Marche	2.974.736	1.340.827	45,1
Lazio	10.173.554	3.698.173	36,4
Abruzzo	2.303.281	1.028.415	44,7
Molise	588.211	280.325	47,7
Campania	9.556.307	4.008.773	41,9
Puglia	6.833.755	2.791.355	40,8
Basilicata	1.027.429	453.215	44,1
Calabria	3.586.164	1.691.593	47,2
Sicilia	7.792.638	3.569.907	45,8
Sardegna	2.982.189	1.508.118	50,6
TOTALE	106.729.557	46.615.752	43,7

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della sanità, Dipartimento della programmaz.

Essa mostra come valori estremi di incidenza di spesa del personale quelli del Lazio (36,4%) e del Trentino Alto Adige (50,6%), e tale forbice appare piuttosto ampia. Si possono tuttavia avanzare, come già indicato nella precedente Relazione, 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, quale ad esempio l'incidenza regionale dei servizi appaltati all'esterno.

Rispetto ai dati quantitativi di turnover e transito fra i livelli è possibile, sulla scorta delle elaborazioni dell'ARAN³², indicare la variazione del costo del personale di ruolo connessa direttamente a tali funzioni³³ e confrontare i valori del comparto rispetto a quelli generali del pubblico impiego.

Risulta quindi, per il 1996, un saldo del costo del turnover, per la Sanità, di -2,1%, mentre l'aggregato Ministeri-Parastato-Sanità-Autonomie Locali-Università e Ricerca ha un valore di -1,8%. Si noti che tale buon risultato non è tanto da addebitarsi ad un valore alto di risparmio da cessazioni (chi in verità, comportando per la Sanità un risparmio di costo di -4,6% si colloca ben al di sotto dei corrispondenti valori per le Autonomie Territoriali, -5,9%, e per il Parastato, 5,6%) quanto ad un contenuto aggravio di costo da assunzioni (solo +2,5% per la Sanità, a fronte del +4,0% dei Ministeri e del +3,9% delle Autonomie Territoriali. Si registra in definitiva un buon risultato economico grazie sostanzialmente al blocco delle assunzioni.

³² Rapporto trimestrale sulle retribuzioni dei pubblici dipendenti - anno I n. 2 - ARAN - luglio 1998, pp. 11 e ss.

³³ E quindi *ceteris paribus*.

Per quanto riguarda il costo economico cd. "della carriera", ossia del transito fra i profili professionali e fra i livelli, a fronte di un costo, sempre nel 1996, variato di +0,4% per l'intero aggregato sopra indicato, il comparto Sanità presenta invece una variazione più sensibile, pari a +0,6%. La causa va ricercata non tanto in un maggior numero di passaggi a livelli superiori (giacché anche nel comparto Sanità, come per il resto dell'aggregato, i passaggi sono circa per il 50% ad altra posizione nel medesimo livello), ma alla circostanza che i passaggi ad altro profilo professionale comportano nella sanità, più sovente che altrove, l'acquisizione del diritto alla corresponsione di indennità connesse a specifiche posizioni differenziate e/o qualificate.

Se si aggiunge che il passaggio al *part-time* di un certo numero di dipendenti ha prodotto un risparmio pari a -0,1% del costo del personale, si ottiene, per i tre fenomeni considerati (*turnover*, *carriera* e *part-time*), un valore di risparmio, nel 1996, dell' 1,5% sul costo del personale nel comparto Sanità, perfettamente in media rispetto all'aggregato preso in considerazione (nel quale si registra solo uno -0,5% di diminuzione di costo per il comparto Ministeri e un -2,4% per il Prestito).

5.3.3 - Indici finanziari

La retribuzione lorda media per il 1995 e il 1996 è, sui dati del conto annuale, rispettivamente di 43 milioni 738 mila lire e di 45 milioni 831 mila lire per l'intero comparto; per il settore delle ASL (l'aggregato più significativo nell'ambito del comparto) la retribuzione lorda media (dati conto annuale) si colloca a 43 milioni 725 mila (1995) e a 45 milioni 835 mila lire (1996).

Il valore dell'incidenza della retribuzione accessoria (cioè il valore percentuale della spesa per retribuzione accessoria sulla complessiva spesa per retribuzione lorda), è del 14% nel 1995 e del 15% nel 1996.

L'incidenza delle componenti accessorie presenta una consistente difformità fra i dati presentati dal conto annuale in sede di rapporto fra spesa totale per la retribuzione e spesa totale per competenze accessorie e i dati presentati dallo stesso conto annuale in sede di rapporto fra retribuzione media lorda e sue componenti fissa e accessoria; nonché ulteriore difformità fra detti dati e quelli ricavati da altre fonti. Infatti sia per il 1995 che per il 1996 l'annuale documento della RGS calcola un 28,13% di incidenza a livello di retribuzione media, a fronte di dati più bassi ricavabili da altre fonti.

Per il 1996 i dati forniti dall'ARAN³⁴ indicano infatti un salario accessorio mediamente di poco superiore al 15% nell'intero settore, laddove invece raggiunge per gli infermieri il 22-23%. La stessa fonte giustifica tale elevato valore percentuale con le specifiche condizioni di lavoro del comparto (turni, reperibilità, etc.). Lo scostamento dei dati RGS - ARAN è in buona parte da attribuire alla circostanza che la prima tiene conto anche degli accordi decentrati e delle competenze accessorie che ne derivano, mentre il secondo non le considera. Anche così tuttavia resta il dubbio di una non completa coincidenza terminologica degli oggetti misurati (*indennità e compensi accessori* nel primo caso; *salario accessorio* nel secondo) e comunque della scarsa utilità del dato calcolato sulla retribuzione media.

Può essere utile confrontare tali dati con quelli del Ministero della sanità - Dipartimento della programmazione, che si illustrano nella seguente tabella:

³⁴ Rapporto trimestrale sulle retribuzioni dei pubblici dipendenti; anno I numero 3 - ARAN - ottobre 1998, p. 19.

VOCI DI SPESA	1995		1996		1997 (prov.)	
	milioni di lire	%	milioni di lire	%	milioni di lire	%
Componenti fisse	25.401.805	64,5	26.656.083	63,1	28.896.602	60,8
Compon. accessorie	4.399.100	11,2	4.792.284	11,3	5.282.321	11,1
Oneri sociali	9.563.021	24,3	10.790.164	25,5	13.733.213	28,1
Tot. Spesa personale	39.363.926	100,0	42.238.531	100,0	47.550.091	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della sanità, Dipartimento della programmaz.

Depurando i dati dall'incidenza degli oneri sociali la percentuale di incidenza delle competenze accessorie risultano, per gli anni 1995, 1996 e 1997 rispettivamente 14,8%, 15,2% e 15,5%, con sostanziale concordanza nei confronti dei dati ARAN.

Complessivamente sul fenomeno della incidenza delle competenze accessorie può dunque confermarsi la tendenza, pur non chiaramente percepibile nei dati del conto annuale, alla crescita che esso presenta di anno e anno. Questa tendenza (che comporta ovviamente la correlativa diminuzione di incidenza della quota fissa) è in astratto un elemento valutabile con preoccupazione sotto il profilo finanziario (per la minore prevedibilità), ma potrebbe avere risvolti positivi in termini organizzativi. Tale circostanza lascia tuttavia irrisolta la questione se tali competenze accessorie siano nel concreto collegate adeguatamente a risultati, a produttività e a posizioni particolari di responsabilità o disagio.

Un altro indice significativo attiene alla spesa sostenuta per la formazione del personale nell'ambito del comparto. Può essere considerato l'indicatore dell'investimento nella crescita professionale della risorsa umana. Nel comparto che qui si esamina è tuttavia peculiarmente connesso alla necessità di aggiornamento propria di attività tecniche e professionali, quali quelle sanitarie, in costante evoluzione.

In valore assoluto, tuttavia, si segnala che la spesa per la formazione appare piuttosto contenuta: essa passa da £ 78,153 miliardi nel 1995 a £ 85,287 miliardi nel 1996. L'indice, per il 1995 e per il 1996, rimane su un valore di 0,20 per il comparto nel suo complesso, mentre per l'aggregato delle ASL passa dallo 0,19 allo 0,20. Occorrerà rinviare le valutazioni sull'adeguatezza di tale valore ad ulteriori sedi, che possano compararlo con dati esterni all'oggetto del presente documento mutuandoli dalle esperienze di altri Paesi o ai settori privati operanti nel campo sanitario.

Il costo del lavoro unitario medio, ricavato non dal prospetto riassuntivo presente sul conto annuale nella scheda introduttiva del comparto, bensì calcolato dividendo il costo totale del lavoro nel settore per il numero di dipendenti, restituisce un valore di 58.024 per il 1995 e di 62.164 per il 1996, con una rilevante crescita pari a 7,1% da un anno all'altro; nell'aggregato delle ASL i valori di detto indice, per i due anni di riferimento, sono rispettivamente di 57.951 e 62.126; il tasso di crescita è leggermente superiore (+7,2%). Questi valori impongono di soffermare l'attenzione sulla composizione di tale tasso di incremento.

Appare evidente, confrontando le voci di spesa che compongono il costo del lavoro (che è il valore posto al numeratore dell'indice sopra illustrato), un diverso tasso di incremento, dal 1995 al 1996, per ognuna di esse: la spesa per retribuzioni, al lordo, è cresciuta infatti del 4%, mentre presentano tassi di crescita più elevati sia la voce "contributi a carico dell'amministrazione" (+14,1%) sia quella che assomma spese per mense, vestiario, formazione, concorsi, etc. (spese che concorrono a determinare il costo del lavoro aggiungendosi a quelle propriamente di costo del personale) che presenta un +14,8%. In diminuzione consistente appare invece la voce "indennità di missione e trasferimento" (-45%).

Il fattore più incidente, pertanto, nell'aumento del costo del lavoro, appare essere quello dei contributi. Se ne ha conferma, peraltro, osservando che tale voce, che rappresentava nel