

REPUBBLICA ITALIANA  
Corte dei conti  
la Sezione Regionale di controllo per l'Umbria

Composta dai seguenti magistrati:

Dott. Emanuele ARCANO	Presidente
Dott. Vincenzo GUIZZI	Consigliere
Dott.ssa Maria Luisa ROMANO	Referendario

Il Consigliere Prof. Vincenzo Guizzi partecipa nella duplice veste di relatore e di membro del Collegio in sostituzione dei Consiglieri Giuseppe TROCCOLI e Mario BUSCEMI assenti

nell'adunanza del giorno 17 febbraio 2005

Visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti approvato con R.D. 12 luglio 1934, n. 1214 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20 ed in particolare l'art. 3, commi 4, 5 e 6;

Visto il Regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei Conti, adottato dalle Sezioni Riunite con deliberazione n. 14/DEL/2000 del 16 giugno 2000, modificato con deliberazione n. 2/DEL/2003;

Viste le proprie deliberazioni nn. 1/2002/G e 5/2002/G di approvazione del programma di controllo per gli anni 2002 e 2003;

Vista la relazione concernente le risultanze istruttorie dell'indagine di controllo sulla gestione del sistema sanitario regionale concernenti gli esercizi 2002 e 2003;

Vista l'ordinanza presidenziale n. 3 del 4 febbraio 2005 di convocazione della Sezione per l'odierna adunanza;

Udito il relatore Consigliere Vincenzo Guizzi e gli interventi dei rappresentanti della Regione in ossequio al principio del contraddittorio nelle persone del Dirigente Dott. Giuliano Comparozzi e del funzionario Dott.ssa Giuliana Alessandrini

DELIBERA

di approvare l'unito referto in esito all'indagine di controllo sulla gestione del sistema sanitario regionale concernente gli esercizi 2002 e 2003

ORDINA

la trasmissione immediata della presente deliberazione e del suddetto referto, che ne forma parte integrante, al Presidente del Consiglio regionale dell'Umbria.

Il Relatore  
f.to Vincenzo Guizzi

Il Presidente  
f.to Emanuele Arcano

Depositata in Segreteria il 17 febbraio 2005

Il Direttore della Segreteria  
f.to Melita Di Iorio



# Corte dei conti

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO  
PER L'UMBRIA

INDAGINE SULLA GESTIONE  
DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

(Esercizi finanziari 2002-2003)

---

Magistrato istruttore

Consigliere Vincenzo Guizzi

Gruppo di lavoro

Dott.ssa Melita di Iorio (Coordinatore)

Barbara Barbero, Rossella Salustri, Giovanni Bacci,

Silvana Zuccalà

Supporto di segreteria

Attilia Pinzo

Supporto logistico e ausiliario Vittorio Cecchetti

# INDICE

## I N D I C E

Deliberazione n. 2/2005/G

1.	Sviluppi della Sanità in Umbria .....	pag. 1
2.	Popolazione e personale. Strutture di ricovero e cura .....	pag. 5
3.	L'uso dell'ospedale .....	pag. 6
4.	I tempi di attesa .....	pag. 11
5.	La sanità sul territorio .....	pag. 15
6.	Aspetti finanziari.....	pag. 17
	Conclusioni.....	pag. 20
	Appendice.....	pag. 22
	Costo del lavoro nella sanità .....	pag. 22
1	Oggetto, finalità e metodologia dell'indagine .....	pag. 22
2	La contrattazione integrativa nell'ambito della riforma sanitaria in Umbria .....	pag. 23
3	La contrattazione integrativa nel quadro dei Contratti nazionali.....	pag. 26
4.	La struttura della retribuzione (quadriennio 1998–2001) .....	pag. 27
4.1	Il Contratto nazionale .....	pag. 27
4.2	I contratti integrativi della ASL n. 2 e della AO di Perugia .....	pag. 33
4.2.1	ASL n. 2 di Perugia .....	pag. 33
4.2.2	Azienda Ospedaliera di Perugia .....	pag. 36
5	L'utilizzo delle risorse dei fondi contrattuali aziendali .....	pag. 37
5.1	Riepilogo della gestione dei fondi contrattuali delle due Aziende.....	pag. 37
5.2	Variazioni e consistenza del personale del Comparto e della Dirigenza nel quadriennio 1998-2001.....	pag. 43
5.3	L'incidenza dei fondi contrattuali rispetto al Costo del Personale.....	pag. 44

Allegati:

- I Tabelle: ..... da pag. 48 a pag. 66
- n. 1 Composizione attività ospedaliera - pubblico e privato anni 2002 - 2003
  - n. 2 Indicatori di domanda: tasso di ospedalizzazione acuti anno 2003
  - n. 3 L'ospedalizzazione
  - n. 4 L'offerta ospedaliera - Regione Umbria - anni 2000-2003
  - n. 5-I Attività ospedaliera per regime di ricovero – Ricoveri - anni 2000 - 2001
  - n. 5-II Attività ospedaliera per regime di ricovero - Ricoveri - anni 2002 - 2003
  - n. 6-I Attività ospedaliera per regime di ricovero – Degenze - anni 2000 - 2001
  - n. 6-II Attività ospedaliera per regime di ricovero - Degenze - anni 2002 - 2003
  - n. 7 La mobilità ospedaliera - Numero di dimissioni - quadriennio 2000 - 2003
  - n. 8 Caratteristiche assistenza ospedaliera - i parti 2000 - 2003
  - n. 9-I La medicina generale anni 2000 – 2001
  - n. 9-II La medicina generale anni 2002 - 2003
  - n. 10 Indicatori della spesa farmaceutica anni 2002 - 2003
  - n. 11 Spesa farmaceutica anni 2002 - 2003
  - n. 12 Assistenza specialistica anni 2001 - 2003
  - n. 13 Fonti di finanziamento per la sanità a copertura del fabbisogno regionale
  - n. 14 Spesa complessiva e rapporto con le fonti di entrata
  - n. 15 Classificazione economica della spesa
  - n. 16 Classificazione della spesa per livelli di assistenza per i residenti
- II Leggi e provvedimenti regionali raccolta cronologica 1972-2004
- III Glossario

## 1. Sviluppi della sanità in Umbria

La portata dei cambiamenti conseguenti al processo di riforma che negli ultimi anni ha coinvolto il mondo delle pubbliche amministrazioni ne ha completamente rinnovato la logica organizzativa introducendo – nella gestione degli enti pubblici e delle modalità di erogazione dei servizi – una nuova concezione basata sui nuovi principi alla luce dei quali non è dunque più sufficiente che l'amministrazione pubblica sia in grado di erogare un servizio, occorre anche che esso sia di qualità e rappresenti il prodotto di una gestione efficiente, idonea a raggiungere gli scopi previsti con efficacia.

Le conseguenti ripercussioni generatesi sui sistemi pubblici si sono rivelate di particolare impatto con riguardo al sistema sanitario in ordine al quale esse si riassumono – posto che l'obiettivo fondamentale del servizio sanitario è la soddisfazione dei bisogni sanitari – nella riaffermata centralità del cittadino quasi a ribadire il ruolo maggiormente significativo che il diritto alla salute assume per il cittadino medesimo rispetto al diritto della collettività ad avere una "sanità".

I segni concreti delle nuove tendenze si sono peraltro manifestati nell'impostazione della politica sanitaria ad opera del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 approvato con un d.P.R. del 23 maggio 2003 e del corrispondente Piano Sanitario Regionale che, nelle sue linee essenziali, come si è già avuto modo di evidenziare nella precedente relazione, riconduce obiettivi, indirizzi e strategie nella direzione di interventi destinati a "promuovere" il cittadino da semplice tutelato o assistito a soggetto protagonista della politica sanitaria attraverso gli strumenti offerti dai "Patti per la Salute" (Patto per la salute per gli anziani, Patto per una scuola produttrice di salute, Patto per la promozione della salute nei luoghi di lavoro) destinati a favorire il mantenimento dell'impianto universalistico del servizio sanitario nazionale assicurandone nel contempo la compatibilità con le esigenze di sostenibilità finanziaria.

La delineata evoluzione sistemica, espressione dei nuovi orientamenti culturali maturati negli anni successivi al 1992, ha determinato una completa rivisitazione della disciplina di settore dando vita all'impianto normativo odierno profondamente diverso da quello originariamente designato dal d.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e dalla legge di riforma del servizio sanitario (d.lgs. 229/99) anch'esso più volte modificato ed integrato.

Alle norme specifiche del settore, succedutesi in una sequenza temporale e tematica già peraltro illustrata nel referto precedente, vanno poi correlate talune norme di portata più generale sulle quali, in quanto trattate nelle passate relazioni,



non si ritiene opportuno soffermarsi limitandosi invece a menzionare la legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" meritevole di qualche considerazione.

Con il richiamato testo normativo il legislatore ha inteso concretizzare il concetto di integrazione socio-sanitaria istituendo, analogamente a quanto avviene nel comparto sanità con i LEA, i livelli essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale attraverso un sistema integrato di interventi e servizi sociali (LIVEAS) destinati a prevenire, eliminare e/o ridurre le condizioni di disagio e di bisogno unitamente a tutti gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona "... in coerenza con gli articoli, 2, 3 e 38 della Costituzione" (ex art. 1 L. 328/00).

La competenza istituzionale e finanziaria di tutti gli interventi individuati nella predetta legge fa capo ai Comuni e al fondo sociale degli stessi, in linea con l'obiettivo di costruire – atteso il ridisegnato ruolo delle autonomie locali ad opera del d.lgs 267/2000 – un incisivo dialogo fra le aziende sanitarie e i rappresentanti politico-locali delle comunità ricomprese nell'ambito di esse.

In questo contesto si colloca a livello locale l'Atto di indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa (DGR 6 marzo 2002 n. 248) che ha formalizzato i livelli di responsabilità quali l'ambito territoriale, il Comune capofila, il Coordinamento fra Comuni dell'ambito, ascrivendo così il rapporto tra sociale e sanitario al concetto allargato di integrazione il cui punto di regolazione è rappresentato proprio dal Comune, quale autorevole interprete dei bisogni dei cittadini.

Riferimenti primari in questo senso sono i Direttori Generali e i Sindaci in considerazione della nuova e più attiva dimensione normativamente riconosciuta al ruolo di entrambi, quali attori principali di questo processo improntato sulla piena consapevolezza delle reciproche funzioni e del contesto di indispensabile sinergia nel quale esse vanno declinate in vista dell'obiettivo comune di assicurare l'integrazione socio-sanitaria e la realizzazione del nuovo sistema di welfare.

In attinenza con gli elementi sopra menzionati si presentano i provvedimenti nazionali e regionali che, pur non essendo particolarmente numerosi nel periodo intercorso dall'approvazione della precedente relazione, si collocano tuttavia nell'ottica, evidenziata dalla citata legge 328/2000 del raccordo tra gli aspetti sociali e quelli strettamente sanitari che costituisce in un certo senso il leit motiv dell'azione sia delle istituzioni nazionali che regionali e per quanto qui ci riguarda della Regione Umbria.

Ci si riferisce in particolare a quelle misure ed interventi che tendono ad integrare i due elementi citati con speciale attenzione alle categorie più deboli al fine di contrastare quella che si è soliti chiamare l' "esclusione sociale".

Alla disciplina normativa che riguarda più in generale gli interventi per il miglioramento della qualità dell'assistenza e il governo della sanità, si aggiungono specifiche disposizioni concernenti in gran parte uno degli aspetti più rilevanti ai fini del contenimento della crescita della spesa sanitaria con riguardo principalmente a quella farmaceutica. In ordine a quest'ultima già il legislatore della 405/01 aveva responsabilizzato le Regioni nell'assumere specifici provvedimenti in materia di rimborsabilità di farmaci e in relazione all'individuazione delle modalità di erogazione di medicinali agli assistiti mediante l'erogazione diretta o la stipula di appositi accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate.

Con la legge 8 agosto 2002 n. 178 di conversione del d.l. 8 luglio 2002 n. 138 – richiamata peraltro nel precedente referto – il legislatore interviene ulteriormente sul tema predetto disciplinando i criteri di redazione dell'elenco dei farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale secondo modalità idonee a garantire il rispetto dei livelli di spesa programmati dai documenti di finanza pubblica e definiti nell'accordo Governo-Regioni dell' 8 agosto 2001.

Ancora in materia di contenimento della spesa farmaceutica, l'articolo 48 della legge 24 novembre 2003 n. 326 (di conversione del d.l. 30 settembre 2003 n. 69) ne fissa il tetto "in sede di prima applicazione" sia a livello nazionale che in ogni singola regione al 16%, con eventuale possibilità di rideterminazione in considerazione dei risultati derivanti dai dati relativi al flusso informativo sull'assistenza farmaceutica. Al duplice fine di assicurare l'unitarietà delle attività in materia di farmaceutica e di favorire in Italia gli investimenti delle aziende sulla ricerca e sullo sviluppo è stata istituita, con effetto dal 1 gennaio 2004, l'Agenzia italiana del farmaco sottoposta alle funzioni di indirizzo del Ministero della Salute e alla vigilanza di questo e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Oltre a svolgere i compiti e le funzioni proprie della direzione generale dei farmaci questa Agenzia è chiamata a promuovere liste omogenee e linee guida per l'erogazione e la terapia farmacologica in ordine all'impiego dei farmaci sia a distribuzione diretta che utilizzati nelle diverse forme di assistenza distrettuale e residenziale e nel corso di ricoveri ospedalieri; a monitorare i consumi della spesa farmaceutica a carico del cittadino e a carico del Servizio Sanitario Nazionale in riferimento a quella territoriale ed ospedaliera; a provvedere alla redazione dell'elenco dei farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale nonché

all'immissione dei nuovi farmaci e all'eventuale ridefinizione della quota di spettanza al produttore.

Attesa la riconosciuta necessità di potenziare nel settore sanitario il monitoraggio non soltanto relativamente alla spesa pubblica ma anche in ordine alle iniziative finalizzate all'approntamento di misure di appropriatezza delle prescrizioni, la legge in analisi puntualizza all'articolo 50 una serie di criteri ed adempimenti precisi concernenti i parametri della Tessera del cittadino (TC), definiti peraltro dal Ministero dell'Economia e delle Finanze che ne cura anche la distribuzione alle strutture di erogazione dei servizi sanitari cui sono impartite specifiche e dettagliate disposizioni di gestione dell'intero meccanismo.

Sempre nel quadro dell'integrazione, in aderenza all'esigenza di gestire il vasto campo delle emergenze e delle situazioni di rischio per la salute pubblica il legislatore nazionale attraverso la legge 26 maggio 2004 n. 138 ha inteso adottare, mediante l'istituzione del Centro nazionale per la prevenzione che opera in coordinamento con le strutture regionali, adeguate misure per rimuovere squilibri sanitari e sociali connessi alla situazione di disomogeneità presente nelle diverse realtà regionali, con particolare riguardo al tema della prevenzione, attivando programmi di screening da realizzarsi in collegamento con l'assistenza sanitaria di base ed implementando l'attività di ricerca in grado di incrementare le potenzialità diagnostiche e terapeutiche in campo oncologico.

Le disposizioni legislative regionali riguardano aspetti rilevanti ma che vanno anche al di là del settore strettamente sanitario in funzione del prima richiamato raccordo tra "sociale" e "sanitario", terreno sul quale peraltro sono destinate a confrontarsi problematiche di delicata soluzione quali l'invecchiamento della popolazione, le crescenti aspettative da parte del cittadino, l'aumento di richieste di prestazioni sempre più "personalizzate" ed efficaci ma sempre più onerose.

Lo scenario che ne scaturisce configura un sistema sanitario irto di difficoltà sia sul piano della sostenibilità finanziaria sia su quello della credibilità e tenuta complessiva. In tale contesto diventa dunque fattore distintivo dell'offerta sanitaria ed inequivoco elemento chiave nei processi di revisione organizzativa lo sviluppo di modelli assistenziali alternativi all'ospedalizzazione, fondati sulla strategia della continuità dell'assistenza e dell'appropriatezza degli interventi, sull'intera azione con tutti gli attori del sistema sanitario unitamente al coinvolgimento e alla partecipazione al complesso meccanismo di scelte e responsabilità condivise.

## 2. Popolazione e personale. Strutture di ricovero e cura

Rispetto alla popolazione rimasta sostanzialmente stabile con piccole oscillazioni (840.482 nel 2001; 834.210 nel 2002; 848.022 nel 2003) anche nella sua composizione caratterizzata da un consistente tasso percentuale (rimasto invariato nel 2002 e 2003, con il 22,34%, rispetto al 2001, ma sempre tra i più alti tra le Regioni) di anziani si registra un aumento del personale nel 2003 rispetto al 2002 con le 11.534 unità rispetto alle 11.410 dell'anno precedente ed un indice elevato di dipendenti della sanità rispetto alla popolazione, nel 2003: 73,52, nel 2002: 73,11. dai dati parziali del 2004 si rileva peraltro un ulteriore aumento del personale.

Nella articolazione del personale per ruoli si registra un lieve aumento per quello sanitario da 8.312 nel 2002 a 8.426 nel 2003 (1,38%), una situazione stabile per quello tecnico (leggermente in aumento) e per quello professionale, una lieve diminuzione per quello amministrativo.

1 Distribuzione del personale nella Regione Umbria nel periodo 2000-2004					
	2000	2001	2002	2003	2004*
RUOLO SANITARIO	8.268	8.425	8.312	8.426	8.528
RUOLO PROFESSIONALE	32	29	32	32	34
RUOLO TECNICO	1.938	2.062	1.995	2.023	2.015
RUOLO AMMINISTRATIVO	1.089	1.092	1.071	1.053	1.041
TOTALE DIPENDENTI	11.327	11.608	11.410	11.534	11.618

\* La data di riferimento è il 31.8.2004

In merito alle strutture non vi sono variazioni nel 2003 rispetto al 2002: 2 Aziende Ospedaliere (A.O.); 9 Ospedali a gestione diretta (nei quali vi sono 2 reparti psichiatrici per acuti); 6 Centri di riabilitazione (5 in strutture pubbliche; 1 in una casa di cura privata accreditata).

### 3. L'uso dell'Ospedale

Prima di esaminare i singoli aspetti va ricordata la caratteristica dell'offerta sanitaria in Umbria (già sottolineata nelle precedenti relazioni): l'assoluta prevalenza dell'uso delle strutture pubbliche rispetto agli istituti privati. Negli istituti pubblici, infatti, nel 2002 si registravano 182.145 ricoveri, così distribuiti: acuti: regime ordinario (R.O.): 122.391; DH: 56.484; riabilitazione: RO: 1.421; DH: 1.849. Nelle strutture private: su un totale di 10.378 ricoveri si sono avuti: acuti, R.O.: 7.316; Day Hospital (DH): 2.600; riabilitazione (solo R.O.): 462. In percentuale i ricoveri in istituti privati costituivano il 5,4% del totale. Nel confronto con le altre Regioni l'Umbria si colloca al secondo posto dopo il Piemonte nella percentuale di DH (31,3%) rispetto ai ricoveri ordinari.

Nel 2003 la situazione era la seguente: istituti pubblici: acuti: R.O.: 119.032; DH: 55.827; riabilitazione: R.O.: 1.748, DH: 1.880; privati: acuti: R.O.: 6.421, DH: 4.013; riabilitazione (solo R.O.): 317. In percentuale sul totale i ricoveri in istituti privati sono stati il 5,7%. Come si può rilevare dai dati riportati la situazione è rimasta sostanzialmente immutata. Aggiungendo i ricoveri fuori Regione (RO: 12.602; DH: 5684) si hanno i seguenti risultati: RO: 119.342; DH: 57.184 (v. tabelle n. 1 e n. 2). Se si confrontano questi dati con quelli di altre Regioni (anche se va precisato che allo stato si dispone dei dati solo di 10 Regioni), l'Umbria si colloca al terzo posto come tasso di DH (32,3%) per acuti nel 2003 e al primo posto nella riabilitazione (47,7%) con molto distacco rispetto alle altre Regioni censite.

Si conferma il trend virtuoso con un abbassamento del tasso di ospedalizzazione, che risulta ancora più significativo, se si considera al netto dei day hospital (DH) e day surgery (DS). Il tasso complessivo è passato da 229 nel 2000 a 210 nel 2003. Se si considera al netto dei DH e DS il tasso si è ridotto da 165 nel 2000 a 142 nel 2003 (v. tabella n. 3). C'è da notare che per il R.O. nel 2002 l'Umbria si collocava al settimo posto nella classifica dei più bassi tassi di ospedalizzazione. Si potrebbe osservare in proposito che il dato positivo dell'aumento dei DH prima richiamato potrebbe essere ulteriormente ai fini della deospedalizzazione con un'espansione dei trattamenti ambulatoriali, accrescendo l'appropriatezza dei ricoveri.

In merito ai posti letto si registra una lieve diminuzione nel 2003 rispetto al 2002, da 3.517 a 3.498, con un indice, in rapporto alla popolazione, che si conferma vicino a quello fissato dalla l. 405 del 2001 (4 per 1000 abitanti). Per la riabilitazione vi è un lieve aumento da 143 a 146, dopo l'aumento considerevole

verificatosi nel 2002 rispetto al 2001 (da 108 a 143), mentre si è realizzato un consistente aumento nei DH e DS (da 457 nel 2002 a 482 nel 2003), cui ha fatto riscontro una diminuzione rilevante (-47) nei posti letto per acuti (v. tabella n. 4). Questi risultati, vista la composizione dei posti letto, confermano la tendenza generale verso la deospedalizzazione, soprattutto se si prendono in considerazione i DH e DS e la riabilitazione. Nel confronto con le altre Regioni censite l'Umbria registra l'indice più basso (4,08) dopo la Campania (3,87).

Questa tendenza alla deospedalizzazione si conferma nel 2003 con una diminuzione dei ricoveri, che a partire dal 2000 si può definire costante per quanto riguarda gli acuti; la sequenza che si può stabilire è di: 138.757 nel 2000; 128.393 nel 2001; 118.625 nel 2002; 113.426 nel 2003, con una diminuzione complessiva di circa il 18%. Un'analisi dell'articolazione dei ricoveri mostra una diminuzione dei DH in parallelo con l'analoga diminuzione dei ricoveri medici ordinari; un significativo aumento dei ricoveri chirurgici in DS rispetto a quelli chirurgici ordinari (da 16.891 nel 2000 a 32.358 nel 2003). Sempre nell'ambito dei ricoveri chirurgici si registra un dato importante: la riduzione della "forbice" tra ordinari e DS, che passa rispettivamente da 98.194 e 40.563 nel 2000 (quindi in percentuale gli ordinari erano più del doppio) a 39.509 e 32.358 nel 2003. Un aspetto positivo è costituito dall'aumento dei ricoveri per la riabilitazione nel citato periodo di riferimento 2000-2003, con un'inversione, però, tra ordinari e DH (quest'ultimi in aumento nel 2000-2001 e in diminuzione nel 2002-2003) (v. tabella n. 5, 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> parte).

La Regione ha rilevato che l'evoluzione positiva indicata è il risultato anche dello spostamento verso l'uso dell'ambulatorio, che certamente rafforza la tendenza alla deospedalizzazione, come si è già prima ricordato.

Per quanto riguarda le giornate di degenza si può constatare una evoluzione analoga – ma solo in parte – rispetto ai ricoveri: vi è una complessiva diminuzione per gli acuti, sommando ordinari e DH + DS ed anche una diminuzione dei DH e DS (anche se per questi ultimi con un lieve aumento nel 2003 rispetto al 2002). Nel rapporto tra degenze in DH e DS e quelle ordinarie, al lieve aumento delle prime (19,9% nel 2003 rispetto al 18,5% nel 2000, quindi 1,4%) corrisponde una forte diminuzione dei ricoveri ordinari (circa il 12%); si tratta di un dato positivo nell'ottica della deospedalizzazione, sempre che essa sia il frutto non tanto dell'esigenza del contenimento della spesa quanto dell'affinamento dell'assistenza sia in termini diagnostici e terapeutici che di tecniche chirurgiche. Altro dato positivo è costituito dalla degenza media degli acuti in regime ordinario, che con 6,31 giornate si colloca al quinto posto – e comunque al di sotto della media

nazionale (6,63) - nel confronto con le altre Regioni censite, le quali hanno una media più elevata di giorni di degenza (v. tabella n. 6, 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> parte).

Quanto al costo medio dell'assistenza ospedaliera la Regione ha fornito solo i dati totali. Da questi si rileva per la degenza ordinaria un aumento nel 2002 rispetto al 2001 sia del costo medio per giornata di degenza, che per dimesso e per posto letto. I dati per le 3 voci sono stati nel 2001 rispettivamente 483, 3.220 e 132.141; nel 2002: 532, 3.557 e 143.410.

In termini percentuali si registra un aumento rispettivamente di 10,15%, 10,47% e 8,5%. Alla richiesta di chiarimenti sull'andamento diverso del costo medio per i ricoveri ordinari e per i DH, la Regione ha dichiarato che ciò si spiega con la progressiva riduzione del numero dei ricoveri, che ha comportato un aumento dei costi di produzione dovuto ai costi fissi indipendenti dal numero dei trattamenti; a questo si aggiunge sicuramente un lieve aumento correlato all'inflazione. Va anche osservato che l'utilizzazione dei posti letto in DH è maggiore (tendenzialmente per due pazienti) con conseguente maggiore costo.

Per il day hospital il costo medio delle giornate di degenza ha fatto registrare un aumento da 558 Euro del 2001 a 572 nel 2002. Per il costo medio per dimesso e per posto letto vi è stato un aumento di maggiore entità nel 2002 rispetto ai dati confermati del 2001 (rispettivamente 1.721 e 205.158 nel 2002 e 1.628 e 196.416 nel 2001).

In termini percentuali per giornate di degenza si è avuto il seguente valore nel 2002 rispetto al 2001 +2,5%; per le altre 2 voci nel 2002 l'incremento rispetto al 2001 è stato del 5,7% e del 4,5%.

In merito all'efficienza ospedaliera la serie storica degli indicatori, sotto riportata, mostra una sostanziale stabilità degli stessi, e quindi dell'efficienza ospedaliera in Umbria, sia pure con alcune variazioni negli anni tra il 1999 e il 2003. L'indice di occupazione, infatti è passato dal 76,79 del 1999 al 77 del 2003 con una punta dell'83,52 nel 2001; l'indice di turnazione è passato dall'1,95 del 1999 all'1,92 del 2003, con una punta di 1,23 in discesa nel 2001; l'indice di rotazione è passato da 43,54 nel 1999 a 43,85 nel 2003 con una punta di 47,19 nel 2000.

INDICATORI DI EFFICIENZA OSPEDALIERA PER ACUTI  
REGIME ORDINARIO - PUBBLICO

ANNO	IOM GD% / PL x 365	TURN-OVER (PL x 365 - GD) / RC	IR (RC / PL)
1999	76,79	1,95	43,54
2000	80,99	1,47	47,19
2001	83,52	1,23	45,32
2002	80,33	1,58	45,43
2003	77,00	1,92	43,85

Quanto alla specializzazione delle strutture (vedasi tabella sotto riportata) si conferma nel 2003 la tendenza già affermatasi negli anni precedenti ed in particolare nel 2002: un peso medio regionale in costante aumento, (con un indice di 1,09 nel 2003) una diversità di situazioni tra le varie aziende e case di cura; alcune punte di eccellenza: la AO di Perugia con un indice di 1,16, la AO di Terni con 1,03 e la Casa di cura di M. Angeli con 1,15 e di Porta Sole con 1,05. (v. tabella seguente)

1.1 La specializzazione delle aziende								
Strutture	2000		2001		2002		2003	
	Indice case mix	Totale DRG N°	Indice case mix	Totale DRG N°	Indice case mix	Totale DRG N°	Indice case mix	Totale DRG N°
ASL 101 Città di Castello	0,93	23.437	0,94	21.514	0,96	21.247	0,96	21.502
ASL 102 Perugia	0,87	23.132	0,86	21.644	0,83	20.539	0,81	21.194
ASL 103 Foligno	0,95	37.126	0,94	37.302	0,93	36.280	0,93	34.377
ASL 204 Terni	0,96	17.320	0,94	17.373	0,90	17.853	0,90	16.894
A.O. Perugia	1,13	58.956	1,14	56.127	1,16	51.666	1,16	50.792
A.O. Terni	0,99	35.114	1,00	35.252	1,01	34.560	1,03	33.730
C. cura V. Fiorita	0,98	741	0,97	846	0,93	1.072	0,88	1.396
C. cura P. Sole	1,03	2.982	1,04	3.039	1,03	2.887	1,05	2.806
C. cura M. Angeli	1,06	2.194	1,09	2.402	1,09	2.424	1,15	2.364
C. cura Liotti	0,86	3.679	0,87	3.644	0,87	3.342	0,89	3.388
C. cura V. Aurora	0,85	403	0,95	548	0,90	653	0,83	797
Totale Regione	1,00	205.084	1,00	199.691	1,00	192.523	1,00	189.240
Peso medio Regionale	1,01		1,03		1,07		1,09	



Per quanto riguarda la mobilità il 2003 rispetto al 2002 registra un lieve aumento di quella attiva (ricoveri provenienti da altre regioni) dello 0,9%; il saldo con la passiva (ricoveri dei residenti in altre regioni) risulta positivo (+ 11.269), anche se quest'ultima evidenzia un aumento (+ 4%) (v. tabella n. 7). Nel confronto con le altre Regioni l'Umbria si colloca al quinto posto tra le undici con saldo positivo.

Delle principali patologie trattate al di fuori della Regione si è già detto nella precedente relazione. Si può qui aggiungere che dalla serie storica si rileva una flessione nel 2002 rispetto al 2001, un aumento nel 2003 che rispetto al 1999 risulta del 22,2% (tenendo presente che nel 2000 vi era stata un'impennata con un aumento 17,9%, seguito da un ulteriore, ma più contenuto aumento nel 2001).

Un'evoluzione positiva si è verificata nei DRG ad alto rischio di inappropriatezza. Dopo il risultato importante del 2002 con una diminuzione di circa 10 punti percentuali (da 34,50 a 24,60) si è avuto nel 2003 un'ulteriore diminuzione di 4 punti (con il 20,60 di incidenza sul totale di ricoveri di acuti). Rispetto alla media nazionale (36,2) l'Umbria ha raggiunto un risultato molto positivo registrando 15,6 punti in diminuzione, risultato confermato nel raffronto con altre Regioni, che superano il 30% con punte oltre il 40 ed anche il 50%. Vi è stata una quasi generale riduzione con una maggiore accentuazione in alcuni DRG: nello 019 (malattie dei nervi cranici e periferici senza cc a), una diminuzione (63,83) dopo l'aumento del 2002 (72,38) rispetto al 2001 (64,53); 042 (interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino): 29,22 (40,32)<sup>1</sup>; 065 (alterazioni dell'equilibrio): 35,40 (46,09); 134 (ipertensione): 22,41 (31,11); 142 (sincope e collasso, senza cc): 29,91 (43,22); 222 (interventi sul ginocchio senza cc): 30,48 (48,11); 232 (artroscopia): 27,50 (46,92); 281 (traumi della pelle, del tessuto subcutaneo e della mammella, età >17 senza cc): 14,96 (31,09); 294 (diabete età >35): 19,56 (26,28); 326 (segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età >17 senza cc): 39,47 (49,07); 395 (anomalie dei globuli rossi, età >17): 23,42 (32,60). In certi casi vi è stato un aumento, in alcuni casi lieve: DRG 025: (convulsioni e cefalea età >17 senza cc): 69,29 (68,51); 040 (interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età >17): 5,82 (5,52); 158 (interventi su ano e stoma, senza cc): 41,31 (39,16); in altri casi più marcato: DRG 427 (nevrosi eccetto nevrosi depressive): 55,56 (42,66); 429 (disturbi organici e ritardo mentale): 75,82 (67,83).

---

<sup>1</sup> In parentesi sono riportati i dati del 2002.

Un altro aspetto delicato è costituito dai parti cesarei. Di questo si è detto nella relazione precedente, ma in questa sede va rilevato che si conferma nel 2003 la tendenza all'aumento (prendendo in considerazione le 6 Aziende sanitarie) sia del numero di parti cesarei (peraltro in corrispondenza di un aumento complessivo dei parti) che del fatturato relativo. Nel 2003 il numero dei cesarei è stato di 2.231 (sul totale di 7.381) con un fatturato di 6.613.943 (sul totale di 15.643.034). In percentuale sui parti e sul fatturato totale nel 2003 si è verificato un aumento rispettivamente del 30,23% e del 42,28%, che risulta di circa 4 punti superiore alla media nazionale (v. tabella n. 8).

Le 2 Aziende Ospedaliere, ed in particolare quella di Perugia, contribuiscono in una percentuale consistente (più di un terzo) sia al totale dei parti che ai parti cesarei. Si tratta di un fenomeno che deve attirare l'attenzione della Corte dei conti e che richiede in futuro un ulteriore approfondimento.

Questo costituisce, un fenomeno generale legato alla maggiore richiesta da parte delle gestanti stesse. Va, peraltro, ribadito quanto esposto nella relazione precedente e cioè che l'Umbria si colloca tra le regioni con una percentuale più bassa di parti cesarei.

#### 4. I tempi di attesa

Come è stato osservato nella precedente Relazione si tratta in questa sede dei tempi di attesa, perché questo tema riguarda sia l'assistenza ospedaliera che quella sul territorio. È questo un aspetto particolarmente delicato e importante perché in esso si raccordano l'assistenza sanitaria e la più generale assistenza sociale. Esso costituisce anche un banco di prova del nuovo ruolo che deve essere assegnato ai medici di medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS). Un'oculata prescrizione delle prestazioni richieste, sia a livello ambulatoriale che di ricovero può favorire, con la riduzione e l'eliminazione dei margini di inappropriatazza, una migliore programmazione e gestione dei tempi di attesa.

Come si rileva dal Programma sanitario regionale 2003-2005 la Regione Umbria ha chiesto alle Aziende sanitarie (sia locali che ospedaliere) di definire ed applicare idonei progetti aziendali sulle liste d'attesa. Nel citato PSR sono indicati alcuni criteri di priorità per migliorare i tempi di attesa, agendo sia sulla domanda che sull'offerta.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono individuati i seguenti criteri:

- § individuazione del livello di priorità clinica per la prescrizione;

- § attivazione del sistema di prenotazione;
- § monitoraggio delle prestazioni;
- § comunicazione ed informazione degli utenti.

Sul primo punto si afferma che i criteri di priorità devono basarsi innanzitutto sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico del paziente, avendo riguardo ai possibili danni, derivanti dai ritardi nel trattamento, ed alla intensità dei sintomi, inserendo correttamente i pazienti in lista d'attesa e rispettando l'ordine di presentazione degli stessi. Si richiede per ogni esame di fornire elementi idonei per la valutazione sull'appropriatezza delle richieste, al fine di controllare il volume complessivo delle prestazioni e, quindi, l'entità delle liste d'attesa.

Sul secondo punto si prevede l'estensione del modello centralizzato CUP in modo da pervenire ad un modello centralizzato regionale, che deve comprendere anche le attività libero professionali intramoenia. Altro elemento di razionalizzazione è costituito dalla responsabilizzazione dei MMG e dei PLS, con la predisposizione di protocolli e linee guida concordate, al fine di ridurre la richiesta di prestazioni inappropriate; in questa ottica va prevista la possibilità, per questi medici, di prenotare direttamente le prestazioni per i propri assistiti.

Sul terzo punto si sottolinea l'importanza del monitoraggio delle liste d'attesa in funzione della programmazione in ambito aziendale e "sovraziendale", mettendo in relazione i tempi d'attesa con altri fattori, quali il numero di utenti in lista, il numero di prestazioni potenzialmente erogabili e quelle effettivamente erogate. Analogo monitoraggio va fatto per le attività intramoenia.

Sul quarto punto si raccomanda la predisposizione di adeguati strumenti di informazione degli utenti in particolare in merito al percorso di accesso alla prestazione, anche attraverso un migliore utilizzo del personale e delle apparecchiature tecnologiche.

Per quanto riguarda le prestazioni in regime di ricovero il PSR raccomanda la puntuale registrazione della data di prenotazione e l'adozione da parte delle strutture erogatrici di strumenti di informazione per gli utenti, "che esplicitino i passaggi e gli interlocutori che intervengono nel processo dalla richiesta di ricovero al ricovero stesso".

Il PSR dà un'indicazione netta imponendo che i ricoveri medici diagnostici siano garantiti entro un tempo massimo in relazione al "sospetto" diagnostico e alle classi di urgenza, "fatti salvi i criteri di appropriatezza d'uso delle risorse ospedaliere"; e che i ricoveri chirurgici siano valutati dallo specialista chirurgo per l'inserimento in lista. È prescritto che l'inserimento dei pazienti nelle liste e la tenuta di queste sia affidata ai Dipartimenti, secondo criteri che devono tenere

conto del tipo di patologia, della sua gravità e dell'urgenza. In merito a quest'ultima la Regione chiede che le patologie in regime di urgenza-emergenza siano escluse, poiché devono essere trattate in tempi compatibili con lo stato clinico del singolo paziente.

Per quanto riguarda il monitoraggio il PSR raccomanda di tenere sotto controllo determinate prestazioni, le cui liste di prenotazione presentino tempi di attesa superiori ad un valore minimo indicato a livello regionale o nazionale o che comportino una notevole complessità diagnostico-terapeutica o che rappresentino un alto valore sanitario o per le quali la Regione o il Sistema sanitario nazionale abbiano dichiarato di concentrare particolare attenzione sulla tempestività della risposta.

In merito al monitoraggio va detto che dopo il primo avviato nel 1999, sono state successivamente effettuate ulteriori rilevazioni nel 2002 e 2003, seguendo le indicazioni dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali (ASSR). Conclusa la fase di sperimentazione è stato fissato un giorno indice, stabilito a livello nazionale, nel quale tutte le Aziende sanitarie effettuano le rilevazioni.

Le informazioni raccolte dalle Aziende hanno riguardato: le prestazioni oggetto di rilevazione; il tempo massimo di attesa fissato; i giorni di attesa per prestazione e l'unità di erogazione. Come giorno indice della rilevazione è stato fissato il 21 gennaio 2004 e sono state monitorate 7 prestazioni ambulatoriali e 5 ricoveri.

Le 7 prestazioni ambulatoriali sono: visita oculistica; visita generale cardiologia; TAC del capo; RM colonna; esofagogastroduodenoscopia (EGDS); eco(color)doppler tronchi sovraortici; ecografia addome.

I tempi di attesa fissati nell'Accordo raggiunto nella Conferenza Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 per le 7 prestazioni ambulatoriali sono rispettivamente: gg.30; 30; 60; 60; 60; 60; 60.

Nel rispetto dei tempi fissati nel citato Accordo l'Umbria si colloca in una posizione preminente per quasi tutte le prestazioni.

Volendo esaminare questi dati più da vicino con riferimento alla percentuale di cittadini che ottengono la prestazione entro lo standard fissato si registra la seguente situazione:

- 1) visita oculistica: il 54,1% ottiene la prestazione in meno di 30 giorni;
- 2) visita cardiologia: il 91,8% l'ottiene in meno di 30 gg.;
- 3) TAC capo: il 100% l'ottiene in meno dei 60 giorni fissati come limite;
- 4) RM colonna: il 98% circa l'ottiene entro i 60 gg.;
- 5) EGDS: il 99% circa l'ottiene in meno dei 60 gg.;

- 6) ecocolordoppler: il 96% l'ottiene in meno di 60 gg.;
- 7) ecografia addome: il 96% l'ottiene in meno dei 60 gg.

Se esaminiamo i risultati della rilevazione dei tempi d'attesa, calcolati in giorni, nelle 4 ASL dell'Umbria per queste prestazioni nell'ordine sopra adottato, si hanno i seguenti dati (in parentesi figura il tempo aziendale deliberato):

- 1) ASL 1 Città di Castello: 46 (45); ASL 2 Perugia: 13 (45); ASL 3 Foligno: 38 (10); ASL 4 Terni: 22 (20);
- 2) ASL 1: 27 (7); ASL 2: 12 (15); ASL 3: 16 (15); ASL 4: 22 (30);
- 3) ASL 1: 15 (45-40); ASL 2: 11 (45-30); ASL 3: 18 (30-40); ASL 4: 13 (30);
- 4) ASL 1: 54 (45); ASL 2: 17 (40); ASL 3: 26 (30); ASL 4: 88 (45);
- 5) ASL 1: 12 (25); ASL 2: 18 (20); ASL 3: 23 (20); ASL 4: 24 (15);
- 6) ASL 1: 43 (45); ASL 2: 25 (45); ASL 3: 50 (20); ASL 4: 19 (45);
- 7) ASL 1: 35 (30); ASL 2: 22 (30); ASL 3: 38 (40); ASL 4: 24 (30).

Da questi dati risalta la situazione di eccellenza della ASL 2 di Perugia ed il prevalente rispetto dei tempi stabiliti. Emergono, però, alcune situazioni anomale con punte in verità inaccettabili come gli 88 giorni (gg.) per una risonanza magnetica della colonna nell'ASL 1, con uno scostamento di 33 gg. dal tempo aziendale deliberato (TAD); i 27 gg. per una visita oculistica in questa stessa ASL, con uno scostamento di 20 gg. dal TAD; i 50 gg. per un ecocolordoppler nella ASL 3, con uno scostamento di 30 gg. dal TAD. Gli altri scostamenti dal tempo aziendale deliberato sono di minore entità. C'è, semmai, da osservare che i tempi di attesa riportati per le singole ASL sono "medi", per cui si può ipotizzare che vi siano tempi più lunghi per alcuni pazienti, ma questo è inevitabile nella predisposizione di dati statistici.

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero la Regione ha precisato che la rilevazione ha ancora un carattere sperimentale. Sono state individuate 5 patologie e per ciascuna prestazione di ricovero il tempo massimo d'attesa (in base all'Accordo dell'11 luglio 2002) per il 90% dei pazienti:

- 1) intervento per cataratta: 180 gg.
- 2) intervento di protesi d'anca: 180gg.
- 3) coronarografia: 120 gg.
- 4) cancro della mammella: 30 gg.
- 5) cancro del colon-retto: 30gg.

La percentuale di utenti che ha visto rispettato i tempi limite indicati è stata la seguente per le 5 patologie:

- 1) il 100% (il 18,3% ha ottenuto il ricovero in meno di 90 gg., l'81,6% tra 91 e 180 gg.)

- 2) il 100% (il 15,3% in meno di 180 gg.; il 32,3% tra 91 e 180 gg.; il 52,3% in meno di 90 gg.);
- 3) il 100% (l'87,5% tra 91 e 180 gg.; il 12,5% in meno di 90 gg.);
- 4) il 100% (il 96,7% entro i 30 gg.; il 3,2% in più di 30 gg.);
- 5) il 100% (98,6% in meno di 30 gg., il restante 1,4% in più di 30 gg.).

La situazione è comunque diversa nelle 4 ASL e nei diversi presidi ospedalieri, perché in alcuni di essi non vengono effettuati ricoveri per certe prestazioni (ad es. nella ASL 1 non si effettua la coronarografia).

Va, peraltro osservato – come del resto rileva la stessa Regione – che il giudizio sul quadro d'insieme dei tempi d'attesa può risultare in parte falsato, se si considera che la richiesta dei cittadini utenti tende a spostarsi verso quelle strutture che si ritiene forniscano prestazioni di migliore qualità; il che ha come conseguenza una dilatazione dei tempi di attesa in queste strutture. Ciononostante resta pur sempre aperto il problema delle liste di attesa e dei tempi per ricevere le prestazioni, perché risulta difficilmente accettabile un'attesa di 180 giorni per alcuni interventi. In alcuni casi il ritardo può risultare fatale.

## 5. La sanità sul territorio

Dell'importanza del ruolo dei medici di medicina generale (MMG) e dell'evoluzione positiva registrata in questi ultimi anni sotto il profilo del raccordo con le strutture sanitarie, si è detto nella Relazione precedente. In merito ai costi si può qui rilevare innanzitutto che la Regione ha corretto il dato del costo di medicina generale del 2001 che non è stato di 42.967.544 euro, ma di 53.269.191 euro, in aumento, quindi rispetto al 2000 (48.330.269) del 10,22%. Nel 2002 si è avuto un ulteriore aumento del 4,96%, con 55.907.841 Euro; nel 2003 si è verificata invece una diminuzione del 4,2% con 53.574.000. Il numero dei medici di base è passato da 820 unità nel 2001 a 830 nel 2002 (+ 6 MMG e + 4 pediatri di libera scelta – PLS), a 839 nel 2003 (+ 13 MMG – 4 PLS). In rapporto alla popolazione il numero di MMG per 1000 abitanti è rimasto immutato (a 86 nel 2002), mentre si è verificato un lieve aumento nel 2003 (87); per i PLS 0,12 (stesso rapporto nel 2001, per 1000 abitanti), nel 2002-2003 stesso rapporto che nel 2001 per 1000 abitanti (v. tabella n. 9, 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> parte).

In merito agli indicatori della spesa farmaceutica (che peraltro riguarda anche il settore ospedaliero) nel 2002 si rilevano i seguenti dati: spesa netta pro-capite 200 Euro con una leggera variazione dello 0,3% in aumento rispetto al 2001,

il numero delle ricette pro-capite è stato di circa 9 e la spesa netta per ricetta di 22 Euro con una forte diminuzione (-9,1%) rispetto al 2001.

Nel 2003 la spesa netta pro-capite è stata di 188,72 con una significativa diminuzione rispetto al 2002 (- 5,4%); il numero di ricette – 9,23 – è lievemente aumentato (+ 2,7%), mentre la spesa netta per ricetta con 20,44 Euro è diminuita del 7,9% (v. tabella n. 10).

La spesa farmaceutica registra un lieve aumento dello 0,70% nel 2003 (225.534.147) rispetto al 2002 (223.951.714). In particolare la spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è aumentata dello 0,48% nel 2003 (224.136.787) nei confronti del 2002 (223.068.914). Quanto alla ripartizione tra territoriale e ospedaliera si registra una diminuzione del 5,43% della territoriale nel 2003 (157.426.787) rispetto al 2002 (166.471.914) e un aumento dell'ospedaliera del 17,8%. E' interessante osservare il forte aumento, quasi il raddoppio, della distribuzione diretta nell'ambito della spesa farmaceutica ospedaliera; si registra, infatti, un aumento del 81,61% nel 2003 rispetto al 2002. Analogo rilevante aumento si ha nella quota a carico del cittadino con un aumento del 58,29% nel 2003 (1.397.360) nei confronti del 2002 (882.800); si tratta della spesa per ticket sostenuta dal cittadino (v. tabella n. 11).

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica si registra una diminuzione in termini numerici delle prestazioni tra il 2001 e il 2002 (e 2003, stabile). Se si analizza la composizione delle prestazioni si rileva una diminuzione della diagnostica nel 2002 sul 2001 e un successivo aumento nel 2003 rispetto al 2002; un aumento rilevante del laboratorio nel 2002 sul 2001, al quale ha fatto seguito un calo nel 2003; per la voce "altre" (cioè tutte quelle branche quali anestesia, cardiologia, chirurgia, nefrologia, oculistica, oncologia, ecc. non compresa né nella radiologia né nel laboratorio) una flessione nel 2002 e un aumento nel 2003. Quanto al costo, l'assistenza specialistica ha registrato un forte aumento soprattutto nel 2002 rispetto al 2001; a questo aumento ha fatto riscontro un aumento corrispondente del livello di assistenza distrettuale. Ma in termini percentuali l'assistenza specialistica nei confronti di quest'ultima ha avuto un forte incremento specie nel 2002. (v. tabella n. 12).

In merito alle RSA RP e ADI la Regione ha dichiarato che a seguito della rilevazione iniziata su tutto il territorio nazionale (che ha permesso il censimento delle strutture, la loro codifica e il recupero di un insieme di informazioni relative allo stato del paziente e al trattamento messo in atto) non si può disporre di dati completi aggiornati rispetto a quanto esposto nella precedente Relazione. I primi dati sottoposti a verifica saranno disponibili solo nel 2005. Allo stato si può solo

aggiungere che nel 2004 nella ASL n. 1 non è stata avviata alcuna nuova RSA; nella ASL n. 2 ne sono state avviate 5; nella ASL n. 3: 2; nella ASL n. 4 solo 1.

## 6. Aspetti finanziari

Poiché delle fonti di finanziamento si è detto soprattutto nella prima relazione per gli anni 1998-2000 in questa sede ci si limita a ricordare che nel nuovo Piano Sanitario regionale (PSR) 2003-2005) esse vengono riepilogate in: IRAP; Addizionale IRPEF; compartecipazione all'accisa sulla benzina; compartecipazione all'IVA; Fondo perequativo nazionale; entrate proprie delle aziende e entrate derivanti dalla mobilità extraregionale.

L'evoluzione dei finanziamenti previsti per il triennio 2002-2004 era la seguente (in Euro) per il 2002: 1.100.596.650; per il 2003 da un minimo di 1.106.544.617 a un massimo di 1.172.951.086 (con una ipotesi intermedia di 1.144.372.322); per il 2004: da un minimo di 1.149.686.229 a un massimo di 1.231.598.641 (con una ipotesi intermedia di 1.189.918.340).

Dai dati forniti dalla Regione si rileva un totale (a copertura del fabbisogno regionale) nel 2002 di Euro 1.260.725.000 (con un aumento del 14,5% rispetto alle previsioni del PSR) e nel 2003 (dati di preconsuntivo): 1.316.064.000 (con un aumento del 15% rispetto alle previsioni del PSR). Nel 2003 si registra un aumento rispetto al 2002 del 4,3%. Se si confronta il 2003 con il 1998 l'aumento è pari al 56,3%.

Se si passa ad un'analisi delle varie componenti si può rilevare nel 2003 rispetto al 2002 un aumento (anche se meno rilevante nel confronto 2002-2001) dell'IRAP Sanità; una diminuzione della compartecipazione IRPEF (laddove nel 2002 vi era stato aumento rispetto al 2001); un aumento dei trasferimenti dallo Stato (nel 2002 vi era stata una lieve diminuzione); un aumento anche degli altri trasferimenti (contenuto rispetto al 2002); un rilevante aumento delle entrate proprie delle aziende (nel 2002 si era verificata una flessione).

Considerando la ripartizione percentuale delle citate fonti di entrata si nota una flessione dei trasferimenti complessivi (63,91 del totale nel 2003 contro il 65,5% del 2002), una lieve flessione dell'IRAP Sanità (26,28% nel 2003, 26,29% nel 2002) ed una diminuzione della compartecipazione IRPEF (rispettivamente 2,76% contro il 3,07% nell'anno precedente). L'insieme delle entrate tributarie e dei trasferimenti diminuisce in percentuale (92,95% rispetto al 94,85%) in relazione all'aumento delle entrate proprie delle aziende (7,05% rispetto al 5,15%) (v. tabella n. 13).



Se consideriamo la spesa complessiva in rapporto con le fonti di entrata appare una decelerazione dell'incremento nel 2003 (dati di preconsuntivo) rispetto al 2002 del 9% (spesa complessiva al lordo della mobilità) e un aumento del 9,4% (al netto della mobilità). Questa decelerazione (fatta eccezione per la spesa al netto della mobilità nel 2003 sul 2002) appare significativa se si considera che dopo l'incremento contenuto del '99 rispetto al '98 (rispettivamente 6,6% e 7%) si era verificato un forte incremento nel 2000 sul '99 (14,9% e 16,3%), nel 2001 sul 2000 (9,8% e 9,4%) e nel 2002 sul 2001 (10,5% e 6,7%).

Dopo la parentesi virtuosa del 2001, che ha visto l'equilibrio tra spesa ed entrata si è registrato un disavanzo, sia pure contenuto rispetto al triennio '98-2000, nel 2002 (- 7.159 migliaia di euro) e nel 2003 un forte disavanzo (-71.576 migliaia di euro) (v. tabella n. 14).

Dall'istruttoria condotta presso gli uffici della Regione si è rilevato che il forte disavanzo è stato determinato dalla contabilizzazione del costo dei rinnovi contrattuali relativi al personale sia della dirigenza che del comparto per un totale di 47.794.000 di Euro, nonché dall'aumento delle spese dovuto al trasferimento di strutture in diverse località con conseguente duplicazione di costi specie alla voce "beni e servizi" (in particolare per le utenze - +7,4% -, per le pulizie - +5,2% -, per l'acquisto di materiali per le manutenzioni, +7,8%).

Per quanto riguarda gli oneri contrattuali gli uffici della Regione hanno osservato che nelle trattative con il Governo in relazione alla finanziaria 2005 le Regioni hanno avanzato la richiesta di un'integrazione del finanziamento per fare fronte a detti oneri.

Per la copertura del disavanzo prima evidenziato per il 2002 e il 2003 la Regione ha previsto (attraverso una manovra sul patrimonio) nel Documento di programmazione (DAP) 2004-2006 una integrazione al finanziamento di 7.000.000 Euro per il 2002 e di 47.000.000 per il 2003, ai quali vanno aggiunti 10.000.000, stanziati nella finanziaria 2004 (come contributo per la spesa per i rinnovi contrattuali), 11.782.000 (per coprire il 50% delle perdite – con una corresponsabilizzazione dell'Università di Perugia – delle Aziende miste ospedaliere universitarie) e 10.599.000 tratti dai fondi propri regionali.

La classificazione economica della spesa conferma l'andamento degli anni precedenti, sia pure in modo diversamente articolato. Un'analisi in dettaglio evidenzia alcuni elementi interessanti. Resta il costante aumento in valori assoluti della spesa per il personale dal 1998 (409.104.100) al 2003 (536.685.000). In percentuale l'aumento risulta del 23,7%, ma diverso è l'andamento degli incrementi da un anno all'altro (2,8% nel 1999/98; 8,4% nel 2000/99; 1,6% nel 2001-2000;

3,3% nel 2002-2001; 12,2% nel 2003/2002) e dell'incidenza di questa voce sul totale (46,91% nel 1998; 45,7% nel 1999; 42,01% nel 2000; 39% nel 2001; 37,73% nel 2002 e 38,68 nel 2003) (v. tabella n. 15).

Il forte incremento nel 2003 sul 2002, si spiega con quanto richiamato in precedenza circa l'aumento indotto dagli oneri relativi al rinnovo del contratto per il biennio 2002-2003.

Resta comunque la diminuzione del peso della spesa del personale sul totale, anche se essa resta pur sempre la più rilevante.

Al secondo posto si colloca la spesa per beni e servizi, anch'essa in costante aumento in valori assoluti (204.560.830 nel 1998; 391.544.000 nel 2003) e con incremento percentuale del 91,4% tra il primo anno di riferimento (1998) e il 2003.

L'andamento degli incrementi tra un anno e quello precedente è decrescente tra il 99/98 (9%) e il 2001/2000 (1,6%), con un'impennata nel 2002/2001 (43,2%) e una forte discesa nel 2003/2002 (16,4%), anche se il 2003 rispetto al 1998 e soprattutto al 2001 risulta in aumento.

Anche l'incidenza percentuale sul totale della spesa risulta in aumento e comunque rilevante (28,22%).

La spesa per la medicina generale convenzionata (69.992.820) aumenta nel 2003 rispetto al 2002 del 3,2% e fortemente rispetto al 1998 (+ 35,5%), mentre resta sostanzialmente stabile negli anni l'incidenza percentuale sulla spesa totale (5,92% nel 1998; 5,04% nel 2003).

La farmaceutica convenzionata fa registrare alcuni dati interessanti. All'aumento consistente in valori assoluti tra 1998 (110.943.210 Euro) e 2003 (157.583.910) e in percentuale, del 42%, si verifica un lieve aumento tra 2002 e 2001 (1,1%) rispetto all'impennata nel 2001 sul 2000 (18,4%) e una più forte flessione (-5,5%) nel 2003 sul 2002. Interessante è anche la riduzione dell'incidenza sulla spesa totale, 11,36% nel 2003, rispetto al 13,15% nel 2002.

L'ospedaliera convenzionata vede un incremento del 9,5% nel 2003 sul 2002 e una sostanziale stabilità dell'incidenza sulla spesa totale che nel 2003 è di 2,50%, risultando contenuta.

La stessa considerazione circa la limitatezza dell'incidenza sulla spesa totale va fatta per le altre voci: specialistica convenzionata esterna (0,70% nel 2003 e comunque sempre al di sotto dell'1% anche negli anni precedenti 1998-2002); specialistica convenzionata interna (2,33% nel 2003, con un aumento rispetto agli anni precedenti 1998-2000 – con rispettivamente 0,90, 0,81, 0,68 – e meno rilevante rispetto al 2001 (1,92%) e al 2002 (2,19%); l'altra assistenza

convenzionata (2,85% sul totale nel 2003, con un forte aumento sul 2002 (37,3%) ma dimezzata rispetto al 5,83 del 1998).

La voce "altro" ha assunto una maggiore consistenza a partire dal 2000 con una incidenza in quell'anno del 9,08 e negli anni successivi, rispettivamente 8,65 (2001), 9,38 (2002), 8,32 (2003).

La classificazione della spesa per livelli di assistenza conferma l'evoluzione affermatasi negli anni precedenti dello spostamento verso l'assistenza distrettuale, che nel 2002 (la Regione non ha fornito i dati del 2003) raggiunge il 50,7% rispetto al 45,1% dedicato all'assistenza ospedaliera; l'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro (prevenzione) ha avuto una leggera flessione nel 2002 (4,1%) rispetto al 2001 (5,1%).

Nell'articolazione nell'ambito dell'assistenza distrettuale spicca il 15,1%, sul totale, della farmaceutica, seguita dalla specialistica ambulatoriale (13,6%), dati sostanzialmente stabili rispetto al 2001 (nell'area rispettivamente 29,8% e 26,8%).

Nell'assistenza ospedaliera la degenza ordinaria assorbe l'80,1% della spesa dell'anno e il 36,1% della spesa totale, mentre il DH e il DS assorbono il 17,1% (v. tabella n. 16).

## Conclusioni

L'ampia trattazione dei vari temi compiuta nelle due prime Relazioni e le considerazioni svolte in precedenza con riferimento ai diversi aspetti affrontati in questa terza Relazione consentono di formulare in modo sintetico alcune osservazioni conclusive.

Il giudizio complessivo sulla gestione del sistema sanitario in Umbria risulta sostanzialmente positivo, anche se permangono alcune criticità, spesso comuni alle altre Regioni.

Va dato atto, peraltro, che le stesse autorità regionali riconoscono queste criticità e il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi, come si rileva dal documento di massima espressione dell'indirizzo programmatico in materia economica e finanziaria, il DAP, per il periodo 2003-2005.

Si sono fatti significativi passi in avanti nel raccordo tra sanità e il più ampio contesto sociale. In questa direzione vanno i risultati sull'attuazione della normativa sulla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, che non si esaurisce nella sola prevenzione di infortuni, ma si estende al miglioramento delle generali condizioni ambientali e nell'eliminazione di agenti fortemente dannosi per la salute (si pensi all'amianto e alle altre sostanze fortemente cancerogene). Ma nella stessa

ottica va considerata l'attività volta a garantire la sicurezza alimentare, in linea con le indicazioni che provengono dalla Comunità europea (ad esempio in tema di prevenzione e lotta alla BSE). Per un profilo che si pone in certo senso a cerniera tra sociale e sanitario, la sanità più specificamente territoriale, vanno segnalati l'attivazione dei nuovi distretti, il potenziamento della guardia medica (1×1.350 abitanti, rispetto allo standard di 1×15.000) gli sforzi per una maggiore integrazione dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), elementi questi fortemente condizionanti ai fini di una sempre maggiore appropriatezza dei ricoveri e delle prescrizioni farmaceutiche. In merito all'assistenza farmaceutica si è raggiunto un tasso alto di distribuzione diretta (80%), ma persiste la tendenza all'aumento della spesa, pur se contenuto (la territoriale, peraltro, è diminuita nel 2003 del 5,43%, ma quella ospedaliera è aumentata rispetto al 2002 del 17,8%). Aumenta il costo dell'assistenza specialistica e non si registrano grandi progressi nell'attivazione delle ADI e delle RSA.

Ma l'aspetto di maggiore criticità è costituito dai tempi di attesa. Si fanno progressi, ma persistono fenomeni patologici, quale l'attesa, come rilevato nel corso dell'esposizione precedente, di 180 giorni per alcuni interventi.

Si consolida nel 2003 la tendenza alla deospedalizzazione, come si può rilevare da alcuni dati prima evidenziati. La dotazione dei posti letto è di circa 4×1000 abitanti, in linea con quanto disposto a livello nazionale (L. 405/2001); diminuiscono i ricoveri ordinari a vantaggio del DH e soprattutto del DS; la degenza media, con 6,31 giorni è tra le più basse a livello nazionale; in conseguenza di questo spostamento verso l'assistenza territoriale si registra una diminuzione della spesa ospedaliera (45,1% rispetto al 50,7% di quella distrettuale).

Passando agli aspetti finanziari, dall'analisi fatta in precedenza si possono evidenziare alcuni elementi: la diminuzione del peso sul totale della spesa per il personale (passata dal 46,91% del 1998 al 38,68% del 2003), anche se essa resta ancora elevata; forte aumento della spesa per beni e servizi (91,4%) tra 1998 e 2003; l'incidenza sulla spesa totale della spesa farmaceutica (15,1% nel 2002), sostanzialmente stabile, anche se con un aumento rispetto al 1998.

Nel complesso la spesa sanitaria è in aumento, molto consistente se si confronta il 2003 con il 1998 (+59,13%) e nel 2003 dai dati raccolti si registra un forte disavanzo (-71.576.000 Euro), anche se come si è evidenziato nell'esposizione precedente la Regione ha fornito in proposito assicurazioni circa la copertura di questo disavanzo.

## Appendice

### Costo del lavoro nella sanità

#### 1. Oggetto, finalità e metodologia dell'indagine

Con Deliberazione n. 50/CONTR/PRG le Sezioni Riunite della Corte dei conti in sede di controllo hanno approvato, con il programma generale di controllo per l'anno 2003, l'avvio, in prima applicazione dell'art. 48, comma 7, del d.lgs. n. 165/2001, di un'indagine "a rete" sugli esiti della contrattazione integrativa del comparto sanità, per il periodo 1998-2001.

Sulla base di detto programma 2003, e tenendo, altresì, in debita considerazione le indagini parallele già avviate in materia da altri soggetti istituzionali (ARAN, Ministero dell'Economia, IGOP), si è provveduto, in sede di coordinamento, ad individuare oggetto ed obiettivi dell'indagine.

La Sezione regionale di controllo per l'Umbria, in ottemperanza alla norma istitutiva degli organismi di controllo della Corte dei conti ed alle indicazioni, criteri ed indirizzi di cui alla succitata deliberazione n. 50 del 2002 ha incluso nell'ambito del programma annuale del controllo successivo sulla gestione per il 2003, l'indagine coordinata sugli esiti della contrattazione integrativa nel comparto sanità.

L'oggetto è stato individuato nelle tre macrocategorie del Comparto (personale inquadrato nei livelli professionali), della Dirigenza medica e della Dirigenza non medica articolata a sua volta in amministrativa e sanitaria.

L'indagine della Corte si prefigge non solo l'obiettivo dell'analisi statistica, bensì anche quello di conoscere gli effetti finanziari della contrattazione.

A tal fine giova evidenziare che, come è noto e si è rilevato anche in questa relazione, fra i fattori maggiormente incidenti sulla crescita esponenziale della spesa sanitaria, particolarmente evidente negli ultimi anni sia a livello nazionale che a livello regionale, assumono notevole rilievo quelli dell'incremento del costo del personale nelle aziende sanitarie e del considerevole aumento della spesa farmaceutica come del resto si è evidenziato in altra parte della relazione.

Le aziende sanitarie oggetto di indagine sono state individuate nelle seguenti:

- Azienda Ospedaliera di Perugia;
- Azienda U.S.L. n. 2 di Perugia.

Tutto ciò risulta conforme ai criteri indicati dal gruppo di lavoro sanità della Corte, il quale, in relazione alla complessità dell'indagine, ha indicato, per il

programma 2003, una limitazione dell'indagine all'azienda sanitaria e all'azienda ospedaliera sul territorio regionale con il più alto numero di utenti.

Pur essendo questa specifica indagine rivolta soltanto a 2 delle 6 Aziende Sanitarie dell'Umbria e riferendosi ad un periodo precedente a quello oggetto della presente relazione, si è ritenuto opportuno ed utile inserirla in quest'ultima sia per l'importanza che essa riveste essendo la prima del genere condotta in sede regionale, sia perché comunque le ricadute in termini economico-finanziari riguardano anche gli anni successivi al 2001.

I risultati di questa indagine sono il frutto di una istruttoria condotta, sia presso gli uffici regionali che, soprattutto, direttamente presso gli uffici delle Aziende attraverso incontri con i dirigenti. L'acquisizione cartacea e su supporti magnetici della documentazione è avvenuta in tempi diversi, vista la complessità dell'indagine.

Si dà atto che le due Aziende hanno collaborato con la Sezione in maniera puntuale e sistematica.

## 2. La contrattazione integrativa nell'ambito della riforma sanitaria in Umbria

Prima di affrontare il tema specifico della contrattazione è opportuno ricordare brevemente la struttura delle due Aziende oggetto dell'indagine sul costo del lavoro nel periodo 1998-2001 e il contesto nel quale questa si iscrive.

L'ASL n. 2 di Perugia copre l'area più popolosa con 339.735 abitanti (al 31 dicembre 2002), distribuiti in 24 Comuni su un territorio di 2.494,97 kmq. Essa è strutturata in 4 Distretti entrati a regime nel 2000: n. 1 del Perugino (che raccoglie il 52% della popolazione assistita dalla USL 2); n. 2 dell'Assisano; n. 3 della Media Valle del Tevere; n. 4 del Trasimeno. Dal punto di vista funzionale l'Azienda si articola in 3 Dipartimenti territoriali (Dipartimento di salute mentale, tecnico-funzionale per dipendenze da sostanze di abuso; di prevenzione) e 5 Dipartimenti ospedalieri (Chirurgia, Medicina, Materno-infantile e dell'età evolutiva, Diagnostica per immagini e diagnostica di laboratorio), oltre al Dipartimento amministrativo. L'ASL ha una dotazione di 357 posti letto (272 per acuti, 65 per DH e DS, 20 per la riabilitazione) e un personale di 2.058 unità, così distribuito: ruolo sanitario: 1437 (di cui 368 dirigenti e 1067 del comparto); ruolo professionale: 10 (di cui 4 dirigenti); ruolo amministrativo: 365 (di cui 5 dirigenti); ruolo tecnico: 248 (di cui 11 dirigenti).

Dal PAL 1999-2001 e dai dati forniti dagli uffici regionali (aggiornati questi ultimi al 2003 per quanto riguarda i posti letto e il personale) si rilevavano alcuni

dati essenziali sull'Azienda Ospedaliera di Perugia: essa è strutturata in 2 sedi (Policlinico Monteluce e Ospedale Silvestrini) ed organizzata in 51 strutture complesse e 11 Dipartimenti. La dotazione di posti letto è di 899 (790 per acuti, 102 per DH e DS, 7 per riabilitazione), mentre le unità di personale sono 2628, così suddivisi: ruolo sanitario: 1860 (di cui 462 dirigenti); ruolo professionale: 7 (di cui 3 dirigenti); ruolo amministrativo: 539 (solo comparto, nessun dirigente); ruolo tecnico: 222 (di cui 6 dirigenti).

Del contenuto dei PSR si è detto nelle precedenti Relazioni ed anche in questa per alcuni profili specifici.

In particolare sulla gestione delle risorse umane il PSR 1999-2001 fissava gli indirizzi generali che le Aziende sanitarie avrebbero dovuto seguire, che si possono così riassumere:

1. La determinazione di standard di riferimento per le dotazioni organiche;
2. L'orientamento dell'attività al risultato, la strutturazione di sistemi di controllo direzionale, l'attivazione piena di sistemi premianti (produttività individuale e collettiva, retribuzione di posizione e di risultato);
3. Il miglioramento delle competenze professionali;
4. L'affermazione di valori condivisi, la promozione del senso di appartenenza, la spinta all'autovalutazione e all'automiglioramento.

Il Piano raccomandava di assumere la consistenza numerica delle dotazioni organiche come tetto massimo entro il quale dimensionare le dotazioni effettive alla scadenza del Piano stesso.

Le Aziende erano chiamate a svolgere un'azione di riequilibrio del personale e di perseguire l'obiettivo di trasferire risorse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale in coerenza con l'impostazione del PSR e dello stesso Piano Sanitario Nazionale.

A tale scopo si segnalava la possibilità di adottare sistemi incentivanti orientati alla valutazione dei risultati; le risorse finanziarie necessarie dovevano essere commisurate al valore strategico di questi risultati e all'impegno richiesto al personale. Il Piano richiedeva in proposito che la gestione aziendale dei meccanismi incentivanti dovesse garantire l'effettivo conseguimento dei risultati.

Erano indicati altri elementi ritenuti indispensabili:

- § L'emanazione di linee guida per l'attivazione di sistemi aziendali di controllo di gestione;
- § L'attivazione di adeguati percorsi formativi;
- § La ridefinizione del quadro di relazioni sindacali rivolto a valorizzare il ruolo del sindacato quale attore fondamentale del percorso di riordino, sia nella

definizione delle politiche relative al personale, sia nella partecipazione e consultazione nell'ambito degli accordi per le aree contrattuali.

Le Aziende erano tenute ad adottare il loro Documento di Programmazione aziendale, in ossequio a quanto disposto dal d.lgs. 502/92 e dalla l.r. 51/95, e successivamente il Piano attuativo locale (PAL). Per la redazione di quest' ultimo la Giunta regionale dell'Umbria ha approvato il 4 ottobre 2000 la Deliberazione n. 1142, che forniva gli opportuni riferimenti metodologici, ai quali i PAL dovevano ispirarsi. Tra le indicazioni contenute in questa Delibera si ricorda il raccordo, anche in termini temporali, tra programmazione aziendale e PSR, l'integrazione con i piani di zona previsti dal Piano sociale regionale, il rispetto dei tetti di spesa programmati.

Venendo a trattare specificatamente del costo del lavoro va innanzi tutto ricordato che la Regione Umbria ha costituito una Conferenza permanente come prevede il comma 3 dell' art. 9 del CCNL Comparto Sanità 1994-1997, con rappresentanti anche delle organizzazioni sindacali, avente la funzione, tra l'altro, di verificare gli effetti sulla produttività delle aziende a seguito dell'applicazione del contratto.

La Regione si è attivata con le Organizzazioni Sindacali per la definizione dei criteri di utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive per la prima volta messe a disposizione dalle regioni con i contratti collettivi nazionali relativi al quadriennio 1998-2001<sup>2</sup>. Con tali accordi sono stati definiti i tetti massimi delle risorse aggiuntive da destinare alla contrattazione integrativa allo scopo di avere, da un lato, il controllo della spesa e dall'altro, una garanzia di uniformità nella erogazione delle risorse. L'azione di coordinamento e omogeneità svolta a livello regionale<sup>3</sup> riguarda in particolare:

- i Fondi della produttività per il comparto;
- i Fondi della retribuzione di risultato per la dirigenza;
- la perequazione fra le aziende per l'erogazione dell'indennità di esclusività e per l'equiparazione dell' ex IX livello al X livello ex d.P.R. n. 384 del 1990, per le aree dirigenziali.

---

<sup>2</sup> Le risorse aggiuntive sono quelle regionali previste dall'art. 38, commi 4 lett. b) e 5, del CCNL 7 aprile 1999, per il personale del Comparto e dell'art. 52, commi 5 lett. b) e 7, del CCNL 8 giugno 2000, per le Aree dirigenziali.

<sup>3</sup> Il sistema delle relazioni sindacali svolte a livello regionale viene realizzato in base a quanto previsto dall'art. 6, lett. C) punto 3 del CCNL del comparto sanità del 7 aprile 1999.



### 3. La contrattazione integrativa nel quadro dei Contratti nazionali

Può essere utile ricordare il nuovo assetto della contrattazione e il contenuto dei vari fondi prima di esaminare i risultati della contrattazione integrativa in Umbria, con riferimento alle due Aziende prese in considerazione.

A seguito delle rilevanti modifiche subite dal d.lgs. n. 29/1993 per effetto della l. n. 59/1997, con conseguente innovazione del preesistente modello di contrattazione decentrata, e la successiva adozione dei decreti lgs. n. 396/1997 e n. 80/1998, il Legislatore, con l'art. 9 del Testo Unico del Pubblico Impiego (T.U.P.I. d.lgs. n. 165/2001, già art. 10), perviene alla rideterminazione del sistema di relazioni sindacali attribuendo ai C.C.N.L. il compito di ridisciplinare gli istituti partecipativi ed i rapporti con le OO.SS. anche con riferimento agli atti interni organizzativi incidenti sul rapporto di lavoro. Il nuovo art. 40 del T.U.P.I. (già art. 45) prevede che la contrattazione collettiva si svolga su ogni materia del rapporto di lavoro, nonché detta la disciplina, la durata dei C.C.N.L. e dei contratti integrativi, la struttura negoziale ed i rapporti fra i diversi livelli di contrattazione.

Analogamente a quanto accade per il settore privato, le PP.AA. attivano livelli autonomi di contrattazione collettiva integrativa nell'osservanza dei vincoli di bilancio come risultanti dagli strumenti programmatici annuali e pluriennali. Pertanto, detta contrattazione ha luogo nelle materie e nei limiti prefissati dai CC.NN.LL. e coi soggetti e le procedure da essi previsti.

Conseguenza di ciò è che alle PP.AA. viene inibita la sottoscrizione in sede decentrata di contratti integrativi non in linea coi vincoli posti dai CC.NN.LL. che comportino oneri non contemplati negli strumenti programmatici summenzionati di ciascuna amministrazione. Ne consegue che l'eventuale difformità delle clausole negoziali viene sanzionata con la nullità e l'inapplicabilità delle stesse, circostanza questa che differenzia il settore pubblico da quello privato.

Dalla specifica configurazione del sistema pubblico di contrattazione discende l'esigenza dei particolari controlli e verifiche di compatibilità finanziarie.

In particolare, l'art. 40 del T.U.P.I., introducendo il principio fondamentale per cui ogni Pubblica Amministrazione, in relazione alla propria produttività, mette a disposizione dei dipendenti delle risorse aggiuntive rispetto a quelle derivanti dal C.C.N.L., da utilizzare in sede di contrattazione aziendale, comporta l'esigenza del controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione integrativa con i vincoli di bilancio.

Questo sistema di controllo è assicurato dal Collegio dei revisori dei Conti oppure, qualora tale organo non sia previsto, dai Nuclei di Valutazione o dai servizi

di controllo interno. Per le aziende sanitarie, le verifiche erano state già demandate al Collegio sindacale dall'art. 3-ter del d.lgs. n. 502/1992.

L' art. 52 del d.lgs. n. 29/1993 (ora art. 48 del d.lgs. n. 165/2001) disciplina questo aspetto.

Questo controllo, analogo a quello esercitato dalla Corte dei conti (Sezioni Riunite in sede di controllo – III° Collegio – Certificazione C.C.N.L. e Costo del Lavoro) riguarda la compatibilità finanziaria e si conclude mediante la certificazione dei costi (negativa o positiva).

Se vi sono valutazioni negative con conseguente diniego di certificazione, il contratto potrà sbloccarsi solo con l'assunzione di responsabilità del Direttore Generale.

L'organo di controllo rilascia, quindi, nell'ipotesi di certificazione positiva, la prescritta dichiarazione di compatibilità dei costi, corredata dei dati contabili di riferimento secondo il modello predisposto dal Ministero dell'economia e delle finanze, in cui vengono definiti i parametri su cui si fonda "la compatibilità dei costi con i vincoli di bilancio" (art. 30 l. n. 468/1978 – art. 5 – c. 7° del d.lgs. n. 502/1992 – art. 60 del d.lgs. n. 165/2001 – Legge Finanziaria per il 2002 e successive istruzioni ministeriali).

Deve essere sottolineata l'importanza e l'effettività di questo controllo, la cui omissione costituisce anche un indice rivelatore della presenza di anomalie nella gestione con conseguenze negative ai fini del contenimento del costo del lavoro, particolarmente importante con riferimento al personale sanitario.

Tra l'altro, detta omissione può comportare profili di responsabilità amministrativa, contabile ed anche penale.

Poiché il costo del lavoro del settore sanitario incide per circa la metà della spesa corrente, la buona gestione delle risorse umane costituisce un elemento fondamentale per valutare gli aspetti positivi del Servizio sanitario pubblico.

#### 4 La struttura della retribuzione (quadriennio 1998–2001)

##### 4.1. Il Contratto nazionale<sup>4</sup>

La gestione del personale relativa al trattamento economico è affidato al contratto collettivo di lavoro e individua l'insieme degli istituti che comportano incentivi e meccanismi premianti individuali o collettivi.

---

<sup>4</sup> Per la sintesi del contratto nazionale si è fatto riferimento in gran parte al Referto "Costo del lavoro" della Corte dei conti per gli anni 1998/1999.

I CC.CC.NN.LL. relativi al periodo 1994-1997, sia del Comparto che della Dirigenza medica e non medica, riconfermando precedenti forme di produttività collettiva per il miglioramento dei servizi avevano previsto la possibilità per i dipendenti di partecipare a progetti individuali e di gruppo, con l'obbligo di erogare le relative risorse a consuntivo, successivamente alla verifica, da parte dei servizi di controllo interno, dei risultati raggiunti, e avevano meglio specificato le attività particolarmente disagiate, o pericolose o dannose per la salute che danno titolo all'attribuzione di particolari indennità.

#### A) L'area del comparto

Il C.C.N.L. del 7 aprile 1999 del comparto, nel confermare il sistema degli incentivi, introduce un altro meccanismo premiante: quello dei percorsi economici orizzontali, denominati "fasce", raggiungibili dai singoli dipendenti nel periodo di permanenza nella medesima categoria e livello.

In tale contratto i precedenti fondi sono stati ridotti, tramite parziale accorpamento tra loro; essi hanno assunto nuove denominazioni:

1. Fondo per i compensi per lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno ex art. 38, commi 1 e 2;
2. Fondo per il compenso della produttività collettiva e per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità della prestazione individuale ex art. 38, commi 3 e 4;
3. Fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, della parte comune della ex indennità di qualificazione professionale e della indennità professionale specifica ex art. 39.

In merito agli spostamenti di risorse fra i vari fondi, va ricordato che l'art. 38, c. 3 lett. d) del C.C.N.L. del Comparto 1998-2001 ha riconfermato la possibilità che i risparmi accertati a consuntivo sul Fondo del lavoro disagiato vengano utilizzati – anche temporaneamente - dal fondo della produttività collettiva.

Il comma 7 dell'art. 38 prevede, inoltre, che lo stesso fondo della produttività collettiva, possa essere trasferito, in un importo fra il 10% e il 15%, a favore del "fondo per le fasce retributive" ex art. 39.

Ai sensi, infine, dell'art. 39, comma 7 (sul Fondo per la progressione orizzontale) qualora a fine anno risultassero, su tale Fondo, delle economie, le stesse possono essere temporaneamente utilizzate per incrementare il finanziamento del Fondo per la produttività collettiva previsto per lo stesso anno dall'art. 38, comma 3.

L'articolo 41, comma 4, prevede che nell'arco della vigenza contrattuale qualora le somme stanziare per il finanziamento dei fondi di cui agli artt. 38 e 39 non siano impegnate nel rispettivo esercizio finanziario, esse siano riassegnate, nell'esercizio successivo, agli stessi fondi.

#### B) L'area contrattuale della dirigenza

Il C.C.N.L. dell'8 giugno 2000 della dirigenza medica e veterinaria, riconfermando i fondi contrattuali previsti con la prima tornata contrattuale, ha tuttavia introdotto alcune modifiche sulle voci retributive da questi disciplinate. Complessivamente viene consentito, al pari di quanto previsto per il comparto, un uso più flessibile dei fondi rendendo possibile, previo accordo specifico tra le parti, lo spostamento di risorse al loro interno.

I fondi individuati con il C.C.N.L. della dirigenza medico e veterinaria e della dirigenza s.p.t.a. dell'8 giugno 2000 sono i seguenti:

1. Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa;
2. Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro;
3. Fondo della retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale.

Con questo contratto tutti i fondi per la dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza non medica vengono costituiti a partire dal monte salari consolidato al 31.12.1997.

Con il termine monte salari, concetto che vale anche per l'area contrattuale del comparto, si deve intendere l'insieme delle somme, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Ente, corrisposte nell'anno di riferimento dalle amministrazioni al personale relativamente al trattamento economico suddiviso per voci specifiche:

- 1) salario principale così composto:
  - a - stipendio;
  - b - indennità Integrativa Speciale;
  - c - retribuzione Individuale di Anzianità (R.I.A.);
  - d - indennità di specificità medica;
  - e - retribuzione di posizione minima fissa;
  - f - assegno personale corrisposto ai dirigenti di ex secondo livello.
- 2) salario accessorio, comprensivo delle incentivazioni al netto degli oneri riflessi:
  - a - retribuzione di posizione;

- b - retribuzione di risultato;
- c - retribuzione legata alle particolari condizioni di lavoro;
- d - specifico trattamento economico;
- e - indennità di incarico di struttura complessa.

La struttura retributiva dei dirigenti medici è regolamentata dall'art. 35 del C.C.N.L. 1998-2001.

Il contratto individuale di lavoro stipulato tra l'Azienda ed ogni dirigente dovrà contenere tutte le voci sopra indicate in quanto rientranti nell'ambito del rapporto di lavoro subordinato che lega il dirigente all'Amministrazione.

Tale struttura della retribuzione va infine integrata con quanto previsto con il secondo biennio contrattuale 2000/2001 dall'art. 3, sull'equiparazione, dall'art. 4, sulla Retribuzione minima contrattuale dei dirigenti di nuova assunzione, e dall'art. 5, sull'Indennità di esclusività del rapporto di lavoro della dirigenza.

Vengono pertanto escluse dal calcolo le somme retribuite a tariffa professionale (per attività libero professionale) e quelle non strettamente istituzionali, tra cui:

- assegni per il nucleo familiare;
- trattamento economico per missioni, congressi, sussidi, ecc.

#### B) 1. I Fondi della Dirigenza

Fondo di posizione (art. 50, 1° biennio; art. 9, 2° biennio), tale fondo finanzia le seguenti cinque voci retributive:

##### 1 - Indennità di specificità medica

Rimane fissata (nel periodo di riferimento dell'indagine calcolata in lire) in 15 milioni per tredici mensilità per tutti i dirigenti del ruolo unico.

Per i dirigenti di ex 2° livello (ex primari) in servizio al 31.07.1999 o per i vincitori di concorso per dirigente di struttura complessa con bando pubblicato in G.U. entro quella data, viene determinata in lire 20 milioni per tredici mensilità.

##### 2 - Retribuzione di posizione

Rimane la sua articolazione in parte fissa, variabile contrattuale e variabile aziendale.

Vengono rideterminati, a far data dal 1.2.2001 e per tutti i dirigenti in servizio e indipendentemente dall'anzianità maturata, i livelli minimi contrattuali nei seguenti importi:

Parte fissa: Lire 2.000.000

Parte variabile: Lire 4.327.000 (medici); Lire 4.028.000 (veterinari).

3 - Specifico trattamento economico:

Rimane come assegno ad personam per gli ex dirigenti di 2° livello in servizio al 31.7.1999, negli importi in loro godimento.

4 - Indennità di struttura complessa

Viene corrisposta a tutti i dirigenti titolari di incarico di struttura complessa nominati tali in data successiva al 31.7.1999.

L'importo è pari a Lire 18.263.000 per tredici mensilità.

5 - Equiparazione degli ex assistenti e ex aiuti (ex dirigenti di 1° livello).

Il contratto porta definitivamente a compimento il processo di equiparazione del salario di posizione complessivo degli ex nono livello (assistenti) e degli ex dirigenti di 1° livello (aiuti). L'equiparazione viene realizzata a partire dal 1.2.2001 tramite l'utilizzo delle risorse del salario di anzianità (R.I.A.). Tale componente della retribuzione è confluita nell'apposito Fondo aziendale a norma di quanto disposto dall'art. 47, comma 4 del precedente contratto, all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro per qualsiasi causa dei dirigenti cessati dal servizio; dal 31.12.2001, infine, dette risorse confluiscono nel Fondo di posizione ex art. 50.

Il fondo ex art. 60 C.C.N.L. 1994–1997 (per l'indennità di specificità medica e della retribuzione di posizione e dello STE dei dirigenti di 2° livello) consolidato al 31.12.1997 è integrato ed incrementato, a seguito dell'applicazione del C.C.N.L. dell'8 giugno 2000, da una serie di risorse tra le quali, a valere dal 1.1.2000, di un'eventuale quota di risorse provenienti dall'art. 51 (Fondo del lavoro disagiato). Tali incrementi di risorse rimangono a disposizione per la graduazione delle funzioni dirigenziali con il connesso trattamento economico.

B) 1.2. Fondo del lavoro disagiato o delle condizioni di lavoro

La disciplina si trova nell'art. 51 (1° biennio) e nell'art 10, comma 2 (2° biennio) del C.C.N.L. 1998–2001.

Viene confermato il fondo del 1° biennio nel suo ammontare consolidato al 31.12.1997 ed il fondo del 2° biennio nel suo ammontare consolidato al 31.12.99.

L'art. 51 comma 4 del C.C.N.L. 8 giugno 2000 prevede che, mediante contrattazione integrativa aziendale, parte delle risorse del Fondo del lavoro disagiato possa essere trasferita al Fondo di posizione; ciò in presenza di processi di razionalizzazione stabili dell'orario di lavoro e dei servizi di guardia e pronta disponibilità. In tale ipotesi le risorse vengono acquisite in modo irreversibile nel fondo di destinazione.

E' prevista invece la possibilità di utilizzo, in modo reversibile, di parte delle risorse del Fondo del lavoro disagiato a favore del Fondo per la retribuzione di risultato (art. 51, 2° comma del C.C.N.L. 8 giugno 2000).

B) 1.3. Fondo della retribuzione di risultato, o della produttività collettiva e per il premio per la qualità della prestazione individuale.

Detto fondo (disciplinato nell'art. 52, 1° biennio 1998-1999 e art. 10, comma 2, 2° biennio 2000-2001) è strettamente correlato alla realizzazione degli obiettivi assegnati e viene quindi erogato a consuntivo dei risultati totali o parziali raggiunti, ovvero per stato di avanzamento, in ogni caso dopo la necessaria verifica almeno trimestrale, secondo le modalità previste dall'art. 65 del C.C.N.L. 5.12.1996 (Relazione predisposta dal Nucleo di valutazione, sentito il parere del Direttore sanitario ed amministrativo).

Il fondo viene confermato nel suo ammontare consolidato al 31.12.1997.

Con il nuovo C.C.N.L. il fondo viene integrato dalle seguenti ulteriori risorse:

1. 1% monte salari al 31.12.1997;
2. eventuali economie di gestione;
3. eventuali spostamenti di fondi dall'art. 50 (Fondo di posizione) e/o dell'art. 51 (Fondo del lavoro disagiato);
4. eventuali risorse derivanti dall'attuazione dell'art. 43 della l. 449/1997 (sponsorizzazioni, convenzioni con soggetti pubblici o privati).

Nell'assegnazione degli obiettivi relativi a tale fondo sono esclusi i medici non a rapporto esclusivo, sulla base delle disposizioni di cui all'art. 47, comma 4, CCNL 8/6/2000.

In merito allo spostamento di risorse tra i fondi e loro comunicabilità nel contratto della dirigenza medica e non, va rilevato che il CCNL dell'8 giugno 2000 consente una buona flessibilità nell'uso dei fondi rendendo possibile spostare risorse da un fondo all'altro.

Il precedente contratto consentiva come unica possibilità lo spostamento, dal Fondo di risultato al Fondo di posizione, di un importo massimo del 16%. In più era previsto che eventuali economie sui Fondi di posizione o del lavoro disagiato non utilizzati nell'anno potevano essere trasferite all'anno successivo negli stessi fondi di provenienza, andando in tal modo ad incrementare la massa spendibile del nuovo anno.

Il CCNL dell'8 giugno 2000 prevede invece:

1. La riconferma dell'obbligo dell'integrale utilizzazione, nell'anno in corso, delle risorse in capo al Fondo di posizione. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 50, c. 4°, eventuali economie accertate a fine anno su tale fondo possono essere temporaneamente utilizzate per finanziare la retribuzione di risultato. Ciò al pari di quanto stabilito nell'Area del Comparto per il Fondo sulla progressione orizzontale.
2. La possibilità di riassegnare, ai sensi dell'art. 62, 1° comma, agli stessi tre fondi nell'anno successivo eventuali rispettive economie non utilizzate nel corso d'esercizio (così come già possibile anche precedentemente).
3. Lo spostamento delle risorse in capo ai seguenti fondi:
  - dal Fondo del lavoro disagiato (art. 51) al fondo di risultato (art. 52 c. 4° lett. C) per utilizzo anche temporaneo di eventuali risparmi accertati a consuntivo sul primo fondo;
  - dal fondo del lavoro disagiato al fondo di posizione (art. 51 comma 4°), in caso di razionalizzazione di spesa derivanti da nuova organizzazione del lavoro. In tale caso le risorse vengono acquisite in modo irreversibile nel fondo di destinazione.

#### 4.2 I contratti integrativi della ASL n. 2 e della AO di Perugia

In attuazione dei contratti nazionali sono stati approvati i contratti integrativi delle due Aziende sanitarie, di cui si espone in sintesi il contenuto.

##### 4.2.1 ASL n. 2 di Perugia

###### A) Comparto

Le delegazioni di parte pubblica e sindacale hanno sottoscritto il 31.7.2000 un'ipotesi di Accordo per il personale del comparto (categorie da A a DS) dell'Azienda USL n. 2 di Perugia, relativo al quadriennio 1998-2001. Il successivo 17.10.2000 le stesse parti contraenti hanno concordato alcune modifiche ed approvato definitivamente l'Accordo. La struttura di questo contratto è parzialmente diversa, al contratto per la Dirigenza anche se i primi 10 articoli hanno un contenuto analogo a quelli della dirigenza, tranne il 6 che riguarda i comitati per le pari opportunità. Vi è una disciplina più specifica in vari punti e sono introdotte importanti novità, quali ad esempio la diversa classificazione del personale di cui all'art. 11, che prevede il definitivo superamento del precedente sistema di inquadramento del personale, previsto dalla normativa nazionale del SSN. Tale



nuovo sistema consente un "giusto temperamento tra la valorizzazione dell'autonomia organizzativa" dell'Azienda, le "esigenze di sviluppo professionale dei dipendenti", il "rispetto dei vincoli di bilancio" e "risorse contrattualmente definite". E' interessante la norma programmatica contenuta nel comma 2, che assegna alla nuova classificazione del personale le finalità del miglioramento della funzionalità dei servizi sanitari, l'accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della gestione delle risorse, nonché la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, favorendo il recupero della motivazione del personale, attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.

In attuazione di questi principi l'art. 12 indica i criteri per determinare la consistenza della dotazione organica e per la copertura dei posti, mentre gli artt. 13 e 14 individuano i criteri e le procedure per i passaggi rispettivamente tra categorie e all'interno di ciascuna categoria, ai quali va aggiunto il 22 sulla progressione economica orizzontale per i passaggi alle varie fasce retributive. Gli artt. 15 e 16 riguardano le posizioni organizzative, con la graduazione delle funzioni, l'affidamento e la revoca degli incarichi, nonché l'indennità di funzione.

L'art. 17 disciplina il rapporto di lavoro a tempo parziale; il 18 – di particolare importanza – l'orario di lavoro, fissando 36 ore settimanali e fornendo i criteri per una regolamentazione allo stesso tempo flessibile e tale da assicurare la presenza in determinate fasce orarie al fine di "soddisfare in maniera ottimale le esigenze delle utenze". L'art. 19 prevede un atto formale del dirigente responsabile per il conferimento delle mansioni superiori.

L'art. 20 dedica ampio spazio alle attività volte a favorire una sempre maggiore e migliore formazione professionale, mentre l'art. 21 disciplina l'orario straordinario. L'art. 23 riguarda l'indennità di funzione e l'art. 24 l'attuazione degli artt. 16 e 17 del C.C.N.L. (passaggi tra categorie e all'interno delle categorie). Gli artt. da 25 a 28 riguardano i vari Fondi per il finanziamento dei trattamenti accessori, delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, della produttività collettiva, dei compensi per lavoro straordinario. L'art. 29 contiene le norme finali. L'accordo contiene alcuni allegati, in particolare sulla normativa concorsuale e sui profili professionali.

## B) Dirigenza

Il Contratto della Dirigenza medica e veterinaria (che dà attuazione al Contratto nazionale, firmato l'8.6.2000) è stato firmato dalle delegazioni della parte

pubblica e sindacale il 28 maggio 2003. Esso si compone di 17 articoli. Nei primi 9 sono indicati il campo di applicazione, la durata, la decorrenza, gli obiettivi, gli strumenti e le materie della contrattazione integrativa e gli aspetti attinenti alle relazioni sindacali (informazione, concertazione, composizione delle delegazioni, "clausole di raffreddamento dei conflitti", interpretazione autentica dei contratti).

L'art. 10 riguarda la mobilità interna, prevedendo di salvaguardare allo stesso tempo la continuità e qualità del servizio e le esigenze degli interessati; non a caso, infatti, dispone che si debba favorire in prima istanza la mobilità volontaria. L'art. 11 sugli incarichi dirigenziali stabilisce che la loro riattribuzione si basa sull'assetto organizzativo preesistente, salvo le modifiche rese necessarie a seguito della riorganizzazione dei servizi. Sono indicati i tipi di incarico: di direzione di struttura complessa; di direzione di struttura semplice; di natura professionale di alta specializzazione, di consulenza etc.; di natura professionale conferibile ai dirigenti con meno di 5 anni di attività. Sono anche indicati i criteri e parametri ai fini della graduazione delle funzioni (complessità della struttura; finalità; autonomia e responsabilità di direzione e di gestione), nonché i relativi punteggi. L'art. 12 riguarda il conferimento di incarichi a tempo determinato (il cui Regolamento è riportato nell'Allegato 1 a questo contratto integrativo). L'art. 13 disciplina la verifica dei risultati e dell'attività dei dirigenti, indicando le modalità generali di ricognizione dei fattori di valutazione contrattuali e legali e i criteri di valutazione propri dell'ASL n. 2 (capacità manageriali e professionali, comportamenti organizzativi e risultati ottenuti). E' interessante notare – con riferimento a quanto esposto in altra parte della presente Relazione - che tra le possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento figurano quelle volte a ridurre i tempi di attesa. L'art. 14 fornisce il quadro dei Fondi costituiti per la dirigenza medica e veterinaria (per il trattamento accessorio; per la retribuzione di risultato; per l'indennità di specificità medica), con i rispettivi importi, per i quali si rinvia alle tabelle allegate alla presente Relazione. L'art. 15 contiene i criteri di attribuzione per la retribuzione di risultato e per il premio di qualità per la prestazione individuale, con riferimento all'obiettivo generale e agli obiettivi specifici; analoghe indicazioni riguardano la dirigenza veterinaria. Viene fatto anche riferimento alle risorse aggiuntive regionali, in applicazione dell'Accordo regionale del 28.2.2002. L'art. 16 disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria dei dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo. L'art. 17 si riferisce alla pronta disponibilità in regime di libera professione intramoenia. Oltre all'Allegato 1, prima citato, vi è un Allegato 2, contenente il Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale

intramuraria, il quale in 11 articoli fornisce una disciplina molto dettagliata in proposito.

Il contratto collettivo integrativo per la dirigenza sanitaria non medica, professionale, tecnica e amministrativa, ricalca quello testé riassunto per la dirigenza medica e veterinaria. Esso si compone di 17 articoli, dei quali i primi 16 hanno l'identica intestazione, mentre il 17 contiene una norma transitoria. Come è ovvio l'art. 11 sugli incarichi ha un contenuto specifico, con l'indicazione delle varie direzioni e unità operative; analogamente va detto per l'art. 14 sulla costituzione dei Fondi, che hanno una consistenza diversa, e per l'art. 15 sulla retribuzione di risultato ed il premio per la qualità della prestazione individuale.

Va ricordato che i contratti prima esaminati hanno subito alcuni aggiustamenti per il secondo biennio economico.

#### 4.2.2 Azienda Ospedaliera di Perugia

##### A) Comparto

Il 26 ottobre 2000 l'Azienda Ospedaliera di Perugia, rappresentata dal Direttore Generale, e la delegazione di parte sindacale e hanno sottoscritto l'Accordo per il personale del comparto, relativo al quadriennio 1998-2001. Tale accordo è stato siglato tenuto conto della preintesa sottoscritta in data 16 settembre 2000, dell'intesa raggiunta in data 9 ottobre 2000 in sede di gruppo tecnico bilaterale, e dell'ulteriore contrattazione avvenuta in data 23 ottobre 2000.

L'articolazione del contratto, è simile a quella dell'USL n. 2 prima esaminata.

In particolare il documento evidenzia e descrive i contenuti contrattuali e strategici che vengono di seguito sintetizzati ed elencati:

1. viene garantito il "passaggio di fascia retributiva" con decorrenza 1.1.2000 a tutti i dipendenti con un anno di servizio di ruolo a tale data, e a tutto il personale a tempo indeterminato con almeno un anno di servizio ininterrotto;
2. vengono garantite 50 "posizioni organizzative";
3. sono a carico dell'Azienda con risorse proprie n. 130 profili professionali di "progressione verticale";
4. è costituito un apposito gruppo di lavoro per l'esame delle piante organiche finalizzata al rispetto degli orari settimanali di servizio;
5. le parti si impegnano a definire gli accordi e adempimenti tecnici legati al pagamento delle produttività
6. è approvata una norma transitoria riguardante il sistema della retribuzione per la produttività collettiva;

7. a partire dall'anno 2000, conformemente a quanto previsto dall'emanando CCNL del secondo biennio economico, le garanzie e le procedure per il patrocinio legale sono analoghe a quelle previste per i CCNNLL delle aree della dirigenza;
8. è prevista la valutazione del personale di comparto per le varie annualità;
9. l'Azienda Ospedaliera si impegna, come già accade nelle AA.SS.LL. dell'Umbria, a dotare il personale di comparto tenuto ad indossare "divise", di calzature adeguate;
10. l'avvio delle procedure per l'attribuzione dei "passaggi verticali" era previsto il 1 gennaio 2001.

Anche questo Accordo contiene alcuni allegati, in particolare sulla normativa concorsuale e sui profili professionali.

Va ricordato che con la Delibera del Direttore generale del 18 ottobre 2002 n. 1994 è stata apportata una parziale rettifica al contratto integrativo aziendale per il secondo biennio economico 2000/2001. Si è in effetti recepito l'accordo siglato il 16 ottobre 2000 che contiene la citata rettifica e la determinazione dei fondi per gli anni 2000/20002.

## B) Dirigenza

Per la dirigenza nelle sue varie componenti, medica, sanitaria, e professionale più che di contratti integrativi si può parlare di delibere del direttore generale contenenti le determinazioni dei fondi.

Le delibere per la dirigenza sono state approvate l'8 novembre 2002 con le seguente numerazione 2080, 2081 e 2082.

### 5. L'utilizzo delle risorse dei fondi contrattuali aziendali

#### 5.1. Riepilogo della gestione dei fondi contrattuali delle due Aziende

Per evidenziare i dati complessivi dei fondi, sono state elaborate delle tabelle che permettono di avere, distintamente per ogni singola azienda, una quadro di sintesi della gestione di tali trattamenti accessori nell'ambito del quadriennio 1998 – 2001.

## Azienda Sanitaria Locale n. 2

### Comparto

ANNO	Risorse per il finanziamento del fondo Entrata	Utilizzo del Fondo Uscita di competenza	Utilizzo del Fondo Uscita di cassa
1998	2.698.814	2.666.353	2.666.353
1999	2.778.800	2.714.569	2.714.569
2000	3.212.952	3.487.232	3.487.232
2001	4.058.245	3.657.415	3.657.415
Fondo complessivo del quadriennio del Comparto	12.748.811	12.525.569	12.525.569

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

Presso l'Azienda USL n. 2 di Perugia l'area del Comparto, nel quadriennio 1998-2001, ha assorbito risorse per complessivi Euro 12.748.811, e uscite sia in conto competenza che di cassa per Euro 12.525.569.

La differenza fra il totale delle entrate (Euro 12.748.811) e le uscite (Euro 12.525.569) del quadriennio, pari a Euro 223.242, rappresenta il totale dei residui delle economie accertate nelle gestioni 1998, 1999 e 2001.

L'incremento maggiore, in tutto il quadriennio, della spesa si è avuto nel 2000 pari ad Euro 772.663, con una percentuale in aumento del 28,47%.

### Area Dirigenza Medica e Veterinaria

ANNO	Risorse per il finanziamento del fondo Entrata	Utilizzo del Fondo uscite di competenza	Utilizzo del Fondo uscite di cassa
1998	6.360.198	6.632.779	5.959.394
1999	6.390.139	6.483.192	6.214.195
2000	6.793.009	6.930.994	6.740.769
2001	7.216.986	7.472.581	7.513.606
Fondo complessivo del quadriennio	26.760.332	27.519.546	26.427.964

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento - fondi anni 1998-2001

### Area Dirigenza Sanitaria

ANNO	Risorse per il finanziamento del fondo Entrata	Utilizzo del Fondo uscite di competenza	Utilizzo del Fondo uscite di cassa
1998	853.237	930.129	761.160
1999	869.450	934.147	827.840
2000	904.816	970.876	900.387
2001	1.136.510	1.286.314	1.046.585
Fondo complessivo del quadriennio	3.764.013	4.121.466	3.535.972

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

### Area Dirigenza APT

ANNO	Risorse per il finanziamento del fondo Entrata	Utilizzo del Fondo uscite di competenza	Utilizzo del Fondo uscite di cassa
1998	273.616	374.020	142.368
1999	279.468	396.562	257.344
2000	334.522	353.857	412.390
2001	378.733	382603	345.779
Fondo complessivo del quadriennio	1.266.339	1.507.042	1.157.881

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

### Totale generale Area Dirigenza

ANNO	Risorse totali per il finanziamento del fondo Entrata	Utilizzo del Fondo uscite di competenza	Utilizzo del Fondo uscite di cassa
1998	7.487.051	7.936.928	6.862.922
1999	7.539.057	7.813.901	7.299.379
2000	8.032.347	8.255.727	8.053.546
2001	8.732.229	9.141.498	8.905.970
Fondo complessivo della Dirigenza	31.790.684	33.148.054	31.121.817

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

Nell'Azienda Sanitaria n. 2 di Perugia l'Area contrattuale della Dirigenza in senso generale, nel quadriennio preso in esame, ha assorbito risorse pari a Euro 31.121.817.

L'Area Medica e Veterinaria da sola ha assorbito l'84,92% delle uscite della complessiva Area dirigenziale sempre considerando il quadriennio, l'Area della Dirigenza sanitaria ha assorbito l'11,36% e infine l'Area della Dirigenza APT il 3,72% delle risorse.

In sede istruttoria l'Azienda ha chiarito le ragioni dell'eccesso di cassa sia per l'Area comparto che per la Dirigenza rispetto alle entrate per il 2000 e 2001.

Per quanto riguarda la Dirigenza dai chiarimenti forniti in sede istruttoria è emerso che la differenza tra le voci di entrata e di uscita è dovuta allo slittamento che si verifica nei pagamenti che possono avvenire anche con un biennio di ritardo.

L'Azienda ha chiarito che le risultanze delle voci in entrata (fondi) degli anni 2000 e 2001 risultano inferiori rispetto alle voci di spesa dello stesso anno, in quanto, nell'Azienda, le quote inerenti la retribuzione di risultato non vengono quasi mai erogate, ai dipendenti aventi diritto, nell'anno di competenza. La liquidazione delle somme di cui sopra sono infatti subordinate all'acquisizione, da parte dei direttori preposti, delle certificazioni attestanti il raggiungimento degli obiettivi. Essendo gli stessi annuali o spesso biennali, si verifica che nell'anno di competenza vengono liquidate piccole somme in acconto, rimandando l'erogazione del saldo agli anni successivi una volta acquisite le certificazioni di cui sopra. L'Azienda ha, inoltre, precisato che: "Per cui le maggiori somme liquidate in un anno gravano sul medesimo solo per cassa, in quanto l'imputazione a bilancio è effettuata sul fondo dell'anno di competenza, opportunamente iscritto e conservato."

#### Azienda Ospedaliera di Perugia

Per l'Azienda Ospedaliera di Perugia è opportuno specificare, in merito alla compilazione delle tabelle riferite agli anni presi in considerazione, che, per quanto riguarda la spesa, per gli anni 1998, 1999 e 2000, l'Azienda ha precisato che non ha potuto fornire i dati secondo gli schemi predisposti da questa Corte; solo nel 2001, per i singoli fondi, tale metodica è andata a regime. Si riportano, qui di seguito, le osservazioni dell'Azienda con riferimento ai prospetti forniti:

" 1 I dati sono riportati con una prima aggregazione per aree negoziali anziché per ruoli professionali in quanto l'ulteriore distinzione fra cassa e competenza delle cosiddette voci da fondi si rende possibile e confrontabile negli anni, solo con tale articolazione. Il vincolo riguarda essenzialmente la natura dei fondi da cui risulta la spesa di competenza, che appunto sono contrattualmente previsti per aree contrattuali e non per ruoli.

- 2 Il prospetto utilizza la dizione "voci da fondo" al posto delle richieste voci accessorie, in quanto in tale categoria sono state ricomprese tutte quelle spese inerenti al personale che trovano copertura nei fondi previsti dai C.C.N.L. E' stata adottata questa aggregazione per consentire la distinzione fra cassa e competenza di tali voci che, in ogni caso, restano competenze accessorie.
- 3 Inoltre, sempre relativamente alle cosiddette "voci di fondo", si rileva che la spesa di competenza è comprensiva, per le aree dirigenziali, degli oneri per il personale universitario convenzionato. Per le medesime voci e aree negoziali, invece, la spesa per cassa riguarda esclusivamente il personale dipendente ospedaliero."

## Azienda Ospedaliera di Perugia

### Comparto

ANNO	Risorse per il finanziamento del fondo Entrata	Voci da Fondo uscite di competenza	Voci da Fondo uscite di cassa
1998	10.444.061	10.135.569	11.561.396
1999	12.704.229*	10.811.987 1.892.244**	11.193.542 1.892.244**
2000	11.448.475	11.473.173	9.811.856
2001	14.578.958*	12.711.413 1.892.244**	11.708.116 1.892.244**
Fondo complessivo del quadriennio del Comparto	49.175.723	48.916.630	48.059.398

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

\* Gli importi sono comprensivi delle risorse regionali aggiuntive finanziate nel 1999 per il biennio 98-99 e nel 2001 per il biennio 2000-2001;

\*\* Gli importi si riferiscono alle erogazioni delle risorse aggiuntive regionali.

Nell' Azienda Ospedaliera di Perugia l'area del Comparto, nel quadriennio 1998-2001, ha assorbito risorse per complessivi Euro 49.175.723, e uscite in conto competenza pari a Euro 48.916.630 e di cassa per Euro 48.059.398.

L'incremento maggiore, in tutto il quadriennio, della spesa si è avuto nel 2001.



### Area Dirigenza Medica

ANNO	Risorse per il finanziamento del fondo Entrata	Voci da Fondo uscite di competenza	Voci da Fondo uscite di cassa
1998	12.348.238	12.345.239	7.206.285
1999	12.173.844	12.173.846	6.567.781
2000	12.372.480	12.372.481	8.429.254
2001	13.500.897	13.500.898	8.355.962
Fondo complessivo del quadriennio	50.395.459	50.393.464	30.559.282

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

### Area Dirigenza Sanitaria

ANNO	Risorse per il finanziamento del fondo Entrata	Voci da Fondo uscite di competenza	Voci da Fondo uscite di cassa
1998	1.209.006	1.209.007	688.808
1999	1.209.126	1.209.125	721.805
2000	1.281.200	1.281.202	653.556
2001	1.402.787	1.402.789	574.668
Fondo complessivo del quadriennio	5.102.119	5.102.123	2.638.837

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

### Area Dirigenza APT

ANNO	Risorse per il finanziamento del fondo Entrata	Voci da Fondo uscite di competenza	Voci da Fondo uscite di cassa
1998	438.849	438.850	89.306
1999	458.956	458.957	98.879
2000	454.457	454.458	112.482
2001	536.846	536.847	219.925
Fondo complessivo del quadriennio	1.889.126	1.889.112	520.592

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

### Totale generale Area Dirigenza

ANNO	Risorse totali per il finanziamento del fondo Entrata	Voci da Fondo uscite di competenza	Voci da Fondo uscite di cassa
1998	13.996.093	13.993.096	7.984.399
1999	13.841.926	13.841.928	7.388.465
2000	14.108.137	14.108.141	9.195.292
2001	15.440.530	15.440.534	9.150.555
Fondo complessivo nel quadriennio della Dirigenza	57.386.686	57.383.699	33.718.711

Fonte: Decisioni Amministrative del Direttore generale: costituzione e finanziamento fondi anni 1998-2001

Anche per la A.O. di Perugia valgono le considerazioni fatte con riferimento alla ASL n. 2; l'Area contrattuale della Dirigenza in generale, nel quadriennio esaminato, ha assorbito risorse pari a Euro 33.718.711.

L'Area Medica ha da sola assorbito il 90,63% delle uscite della complessiva Area Dirigenziale, l'Area della dirigenza sanitaria ha assorbito il 7,82% e infine l'Area APT l'1,55% delle risorse.

#### 5.2 Variazioni e consistenza del personale del Comparto e della Dirigenza nel quadriennio 1998-2001

In via preliminare si è determinato il personale in servizio presso le due Aziende nel quadriennio preso in esame. Se ne riportano i dati nelle tabelle seguenti.

### 2 Azienda UsI n. 2 di Perugia

Per il quadriennio 1998-2001 il personale in servizio nell'Azienda viene ripartito nelle due grandi Aree del Comparto e della Dirigenza. Si hanno i seguenti dati:

Anni	Personale in servizio (a)	Di cui: Personale del Comparto (b)	Di cui: Personale dirigenziale (c)	% b/a	% c/a
1998	1.904	1.485	419	77,99	22,01
1999	1.898	1.479	419	77,92	22,08
2000	1.988	1.556	432	78,27	21,73
2001	2.018	1.590	428	78,79	21,21

Fonte: dati tratti dal "Conto annuale del personale" anni 1998, 1999, 2000 e 2001

I dati di questa tabella evidenziano i seguenti risultati:  
 nel quadriennio 1998-2001, nell'Azienda Sanitaria n. 2 si è verificato un incremento di personale del comparto corrispondente a n. 105 unità, anche l'Area dirigenziale si è incrementata di n. 9 unità.

### 3 Azienda Ospedaliera di Perugia

Per il quadriennio 1998 - 2001 il personale in servizio nell'Azienda viene ripartito nelle due grandi Aree del Comparto e della Dirigenza. Si hanno, in tal modo, i seguenti dati:

Anni	Personale in servizio (a)	Di cui: Personale del Comparto (b)	Di cui: Personale dirigenziale (c)	% b/a	% c/a
1998	2.382	1.930	452	81,02	18,98
1999	2.244	1.784	460	79,50	20,50
2000	2.474	2043	431	82,58	17,42
2001	2.474	2.001	473	81,00	19,00

Fonte: dati tratti dal "Conto annuale del personale" Anni 1998, 1999, 2000 e 2001

I dati di queste tabelle evidenziano i seguenti risultati:

Come per l'Azienda Sanitaria anche l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha visto crescere, nel quadriennio 1998-2001, il personale del Comparto pari a n. 71 unità, ed ha registrato un incremento dell'Area Dirigenziale pari a n. 21 unità.

#### 5.3 L'incidenza dei fondi contrattuali rispetto al Costo del Personale

In questo paragrafo si è voluta determinare l'incidenza della spesa complessiva dei Fondi contrattuali erogati rispetto alla voce "Costo del personale" delle rispettive Aziende, effettuando un confronto dei risultati così ottenuti per gli esercizi 1998, 1999, 2000 e 2001.

Per quanto riguarda l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 la spesa globalmente sostenuta per tali Fondi nelle quattro annualità è stata la seguente:

(in euro)				
Uscite totali di cassa	Anno 1998	Anno 1999	Anno 2000	Anno 2001
Fondi Comparto	2.666.353	2.714.569	3.487.232	3.657.415
Fondi Dirigenza	6.862.922	7.299.379	8.053.546	8.905.970
Totale	9.529.275	10.013.948	11.540.778	12.563.385

Nella successiva tabella si sono messi a confronto tali uscite con i costi del personale così come indicati nei Bilanci di esercizio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Perugia per le quattro annualità considerate.

USCITE	1998	1999	Increment. %	2000	Increment. %	2001	Increment. %
Uscite Fondi delle due aree contrattuali a)	9.529.275	10.013.948	5,09	11.540.778	15,25	12.563.385	8,86
Costo del Personale b)	80.111.530	78.149.649	- 2,45	90.545.182	15,86	90.779.194 *	0,26
% a) / b)	11,90	12,81		12,75		13,84	

\*dato di competenza

Nel 1998 i Fondi delle due aree contrattuali incidono per l'11,90% sul costo del personale, nel 2001 tale percentuale diventa dell'13,84%.

In particolare nel 1998 i fondi per il comparto rappresentano il 3,33% del costo del personale, nel 2001 tale percentuale diventa dell'4,03%.

L'incidenza dei Fondi della Dirigenza passa invece dall'8,57% del costo del personale del 1998, all' 9,81% del 2001.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera di Perugia la spesa globalmente sostenuta per tali Fondi nelle quattro annualità è stata la seguente

Uscite totali di cassa	Anno 1998	Anno 1999	Anno 2000	Anno 2001
Fondi Comparto	11.561.396	13.085.786	9.811.856	13.600.360
Fondi Dirigenza	7.984.399	7.388.465	9.195.292	9.150.555
Totale	19.545.795	20.474.251	19.007.148	22.750.915

Nella successiva tabella si sono messi a confronto tali uscite con i costi del personale così come indicati nei Bilanci di esercizio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per le quattro annualità considerate.

USCITE	1998	1999	Increment %	2000	Increment %	2001	Increment %
Uscite Fondi delle due aree contrattuali a)	19.545.795	20.474.251	4,75	19.007.148	- 7,17	22.750.915	19,70
Costo del Personale b)	92.940.956	94.939.906	2,15	106.926.335	12,63	108.288.318	1,27
% a) / b)	21,03	21,57		17,78		21,01	

Nel 1998 i Fondi delle due aree contrattuali incidono per il 21,03% sul costo del personale, nel 2001 tale percentuale diventa del 19,26%.

Mentre nel 1998 i Fondi del Comparto rappresentano il 12,44% del costo del personale, nel 2001 tale percentuale, in diminuzione, diventa del 10,81%.

L'incidenza dei Fondi della Dirigenza passa invece dall' 8,59% del costo del personale del 1998, al 8,45% del 2001.

Nello stesso quadriennio la spesa complessiva del personale sanitario dell'Umbria evidenzia i seguenti dati:

(in migliaia di euro)

	1998 a	1999 b	Variation % b/a	2000 c	Variation % c/b	2001 d	Variation % d/c
Spesa personale	409.104	420.647	2,82	456.059	8,42	463.241	1,57
Totale spesa sanitaria	872.037	933.228	7,02	1085.624	16,33	1.187.818	9,41

(in migliaia di euro)

	1998	1999	2000	2001
Spesa personale	409.104	420.647	456.059	463.241
Totale spesa Sanitaria	872.037	933.228	1085.624	1.187.818
Incid. % Spesa personale /totale spesa sanitaria	46,91	45,07	42,01	39,00

La tabella indica che nel quadriennio si è realizzato un incremento medio annuo del 4,27% nella spesa del personale. La percentuale di aumento più alta si è verificata nel 2000, anno nel quale ci sono i riflessi finanziari più consistenti del contratto della dirigenza. E' significativo, inoltre, che agli incrementi relativamente elevati della spesa del personale ha corrisposto, anche con quanto rilevabile anche

a livello nazionale, una costante parallela riduzione dell'incidenza della stessa spesa rispetto al totale della spesa sanitaria regionale. In Umbria, infatti, mentre nel 1998 la quota spesa per il personale incideva per una percentuale del 46,91% del totale, nel 2001 la medesima spesa incideva, in diminuzione, per il 39%.

ALLEGATI

## TABELLE



LEGGI E PROVVEDIMENTI REGIONALI  
RACCOLTA CRONOLOGICA 1972-2004

LEGGI E PROVVEDIMENTI REGIONALI  
RACCOLTA CRONOLOGICA 1972-2004

I.r. 19 luglio 1972 n. 13	Esercizio delle funzioni in materia di assistenza sanitaria e Ospedaliera (Consiglio Regionale Giunta Regionale Presidente).
I.r. 15 gennaio 1973 n. 6	Composizione e funzionamento dei Consigli Provinciali di sanità.
I.r. 22 gennaio 1973 n. 9	Istituzione di un Fondo Sanitario Regionale per l'assistenza farmaceutica.
I.r. 26 gennaio 1974 n. 8	Interventi finanziari a favore di Province e Comuni per la medicina preventiva e i servizi sanitari.
I.r. 14 novembre 1974 n. 57	Organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali.
I.r. 21 marzo 1975 n. 15	Disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera.
I.r. 26 maggio 1975 n. 36	Agevolazioni ai Comuni aggregati per consentire la prosecuzione delle attività intraprese ai sensi della legge regionale 26 gennaio 1974 n. 8 (introduce una modifica alla I.r. n. 57 aggiungendo l'art. 18).
I.r. 16 marzo 1976 n. 13	Norme per la predisposizione dei bilanci degli Enti ospedalieri e criteri di riparto del fondo ospedaliero regionale.
I.r. 26 aprile 1977 n. 19	Norme per l'avvio dell'applicazione della legge regionale 14 novembre 1974 n. 57.
I.r. 1 settembre 1977 n. 54	Organizzazione dei servizi per la procreazione responsabile, maternità, infanzia ed età evolutiva (abrogata dalla I.r. 23 gennaio 1997 n. 3).
I.r. 31 maggio 1977 n. 23	Norme per l'esercizio delle funzioni regionali in materia di formazione continua degli operatori socio-sanitari e di promozione sociale ed educazione sanitaria della popolazione.
I.r. 18 luglio 1977 n. 34	Disciplina della istituzione di nuovi presidi di diagnosi e cura. Norme transitorie.
I.r. 4 luglio 1978 n. 29	Modifica ed interpretazione alla I.r. 14 novembre 1974 n. 57.
I.r. 31 luglio 1978 n. 38	Proroga di alcuni effetti della I.r. luglio 1977 n. 34.
I.r. 19 dicembre 1979 n. 65	Organizzazione del servizio sanitario regionale. Abroga la I.r. 14 novembre 1974 n. 57 (legge modificata dall'art. 35 della I.r. 27 marzo 1990 n. 9).
I.r. 18 marzo 1980 n. 18	Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio delle unità sanitarie locali (modificata dall'art. 36 della I.r. 27 marzo 1990 n. 9).
I.r. 17 maggio 1980 n. 43	Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro (modificata dall'art. 37 della I.r. 27 marzo 1990 n. 9).
I.r. 10 dicembre 1980 n. 72	Istituzione del Consiglio tecnico regionale per la sanità (presso la Giunta Regionale).
I.r. 16 gennaio 1981 n. 6	Modifica alla legge regionale 19.12.1979 n. 65.
I.r. 28 aprile 1981 n. 19	Proroga del termine per l'esercizio provvisorio delle USL per l'anno 1981.
I.r. 6 maggio 1981 n. 25	Modifica ed integrazione dell'art. 5 della I.r. 21 marzo 1975 n. 15. Disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera gestita dalla Regione Umbria.

I.r. 19 gennaio 1982 n. 1	Istituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale (modificato dall'art. 39 l.r. 90 n. 9).
I.r. 14 maggio 1982 n. 24	Norme per il trasferimento alle USI, delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica (modificata dall'art. 40 della l.r. 27 marzo 1990 n. 9).
I.r. 31 maggio 1982 n. 29	Norme ed indirizzi per il riordino delle funzioni amministrative e per la programmazione dei servizi in materia socio-assistenziale (abrogata dalla l.r. 23 gennaio 1997 n. 3).
I.r. 9 luglio 1982 n. 35	Costituzione e funzionamento della Commissione di disciplina delle USL.
I.r. 30 agosto 1982 n. 45	Norme per la gestione, organizzazione e funzionamento dei presidi e servizi multizonali.
I.r. 30 agosto 1982 n. 46	Norme per il corretto uso del farmaco e per l'assistenza farmaceutica nell'ambito del servizio sanitario regionale.
I.r. 19 ottobre 1982 n. 47	Norme per il funzionamento del Collegio dei Revisori delle USL per i servizi sanitari e socio-assistenziali.
I.r. 30 maggio 1983 n. 13	Modificazioni alla l.r. 31 maggio 1982 n. 29 recante norme ed indirizzi per il riordino e le funzioni amministrative e per la programmazione dei servizi in materia socio-assistenziale.
I.r. 20 febbraio 1984 n. 6	Modificazioni alla l.r. 19 ottobre 1982 n. 47. Norme per il funzionamento del Collegio dei Revisori delle unità locali per i servizi sanitari e socio-assistenziali.
I.r. 16 aprile 1984 n. 22	Norme sull'emanazione delle direttive vincolanti per l'attività delle ULSS (emanate dalla Giunta Regionale).
I.r. 14 gennaio 1985 n. 1	Norme per l'esercizio da parte dell'associazione dei Comuni di cui alla l.r. 19 dicembre 1979 n. 65 delle funzioni amministrative già attribuite o delegate ai consorzi intercomunali costituiti ai sensi delle ll.rr. 3 giugno 1975 n. 40 e 17 agosto 1979 n. 44. modificazioni alla l.r. 19 dicembre 1979 n. 65.
I.r. 26 aprile 1985 n. 36	Modificazioni ed integrazioni della l.r. 14 gennaio 1985 n. 1.
I.r. 14 aprile 1986 n. 16	Adeguamento della legislazione regionale alle norme sul nuovo addetto degli organi di gestione delle UU.LL.SS.SS. (contiene modificazioni alla l.r. 14 gennaio 1985 n. 1 e alla l.r. 19 dicembre 1979 n. 65).
I.r. 21 gennaio 1987 n. 4	Interpretazione autentica del primo comma dell'art. 22 della l.r. 19 dicembre 1979 n. 65.
I.r. 17 marzo 1987 n. 17	Spesa sanitaria consolidata a carico della Regione dell'Umbria a norma dell'art. 69, 1 comma, lett. b) della l. 833/78 relativamente agli anni dal 1981 al 1984: Definizioni rapporti finanziari con lo Stato.
I.r. 20 maggio 1987 n. 27	Carta dei diritti degli utenti dei servizi delle unità locali per i servizi sanitari e socio-assistenziali dell'Umbria.
I.r. 18 dicembre 1987 n. 54	Disposizioni sulla raccolta ufficiale delle leggi e dei regolamenti e dei decreti del Presidente della Giunta Regionale, sul Bollettino Ufficiale della Regione e sulla pubblicità degli atti regionali.
I.r. 27 marzo 1990 n. 9	Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1989-1991.

I.r. 17 dicembre 1991 n. 55	Norme procedurali per la gestione transitoria delle unità locali per i servizi sanitari e socio-assistenziali (abrogata dalla I.r. 4 gennaio 1995 n. 1).
I.r. 24 dicembre 1992 n. 24	Criteri per la determinazione dei livelli di reddito e parametri di riferimento per l'assistenza economica di cui agli artt. 15 e 23 della I.r. 31 maggio 1982 n. 29.
I.r. 4 gennaio 1995 n. 1	Misure di riordino del servizio socio-sanitario regionale.
I.r. 30 marzo 1995 n. 17	Istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio per pazienti oncologici terminali.
I.r. 19 dicembre 1995 n. 51	Norme in materia di contabilità, amministrazione di beni, di attività contrattuale e di controllo delle Aziende sanitarie regionali.
I.r. 23 gennaio 1997 n. 3	Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali.
d.C.R. 3 febbraio 1997 n. 311	Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.
I.r. 20 gennaio 1998 n. 3	Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale.
d.G.R. 22 luglio 1998 n. 4150	Piano Sanitario Regionale 1998-2000.
d.C.R. 1 marzo 1999 n. 647	Piano Sanitario Regionale 1999-2001.
d.G.R. 29 dicembre 1999 n. 2124	Direttiva vincolante per le Aziende Sanitarie dell'Umbria per l'adozione del piano dei conti della contabilità generale. Modifiche alla d.G.R. 21 gennaio 1998 n. 1.
d.C.R. 10 gennaio 2000 n. 765	Integrazione della deliberazione consiliare n. 647 del 1 marzo 1999. Piano Sanitario Regionale 1999-2001.
d.C.R. 10 gennaio 2000 n. 766	Modificazione ed integrazione della deliberazione consiliare n. 647 del 1 marzo 1999. Piano Sanitario Regionale 1999-2001.
d.C.R. 10 gennaio 2000 n. 767	Atti di indirizzo programmatico generale previsti dal paragrafo 5.2 del Piano Sanitario Regionale 1999-2001.
Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Serv. III - Programmazione delle risorse finanziarie e degli investimenti	Determinazione dirigenziale 12 gennaio 2000 n. 58: Aggiornamento elenco delle strutture sanitarie private rispondenti alle prescrizioni di cui alla d.G.R. 30 dicembre 1998 n. 6475 per la instaurazione di eventuali rapporti provvisori con le strutture del Servizio Sanitario Regionale.
d.G.R. 2 febbraio 2000 n. 74	Prese d'atto dei posti letto esistenti e da attivare entro il 2001 in RSA e in RP nel del PSR 1999/2001.
Regolamento regionale 25 febbraio 2000 n. 2	Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie.
d.G.R. 1 marzo 2000 n. 263	Conferme e precisazioni d.G.R. 6475/98 regolamentazione provvisoria dei rapporti.
D.P.G.R. 9 marzo 2000 n. 48	Determinazione per l'anno 2000 della misura del rimborso ai cittadini residenti in Umbria per ricoveri in Italia in istituti o case di cura privati non convenzionati con il S.S.N..
I.r. 27 marzo 2000 n. 29	Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 concernente "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419" d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502.

Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Serv. III – Programmazione delle risorse finanziarie e degli investimenti	Determinazione dirigenziale 5 luglio 2000 n. 5494: Aggiornamento elenco delle strutture sanitarie private rispondenti alle prescrizioni di cui alla d.G.R. 30 dicembre 1998 n. 6475 per la instaurazione di eventuali rapporti provvisori con le strutture del Servizio Sanitario Regionale.
d.G.R. 26 luglio 2000 n. 840	Indirizzi alle Aziende USL della regione attinenti la copertura delle zone carenti di assistenza primaria e continuità assistenziale a seguito della Sentenza del Consiglio di Stato n. 1407/2000.
d.G.R. 13 settembre 2000 n. 1029	R.D. 27 luglio 1934 n. 1265. Tariffario delle prestazioni rese nell'interesse dei privati dei Servizi dalle Unità Operative del Dipartimento di igiene e prevenzione delle Aziende USL.
Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Serv. III – Programmazione delle risorse finanziarie e degli investimenti	Determinazione dirigenziale 18 ottobre 2000 n. 8338: Integrazione elenco delle strutture sanitarie private rispondenti alle prescrizioni di cui alla d.G.R. 30 dicembre 1998 n. 6475, per la instaurazione di eventuali rapporti provvisori con le strutture del Servizio Sanitario Regionale.
d.G.R. 31 ottobre 2000 n. 1268	R.D. n. 1265/34. Tariffario corretto prestazioni rese nell'interesse dei privati dei Servizi dalle Unità Operative del Dipartimento di igiene e prevenzione delle Aziende USL.
d.G.R. 23 maggio 2001 n. 513	Recepimento Protocollo d'intesa per la regolamentazione dell'attività libero-professionale e conseguente emanazione di direttive vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali.
d.G.R. 23 maggio 2001 n. 514	Prima misura per la riqualificazione dell'assistenza ed il controllo della spesa sanitaria.
d.G.R. 30 maggio 2001 n. 563	Nota di indirizzo alle aziende sanitarie regionali per l'uso appropriato dei farmaci e il contenimento della spesa farmaceutica. Integrazione d.G.R. n. 514 del 23 maggio 2001.
d.G.R. 28 novembre 2001 n. 1514	Art. 4 d.l. n. 347/2001. Verifica risultati di gestione del servizio sanitario regionale sulla base dei dati di preconsuntivo dell'esercizio 2001.
d.G.R. 27 dicembre 2001 n. 1789	Forma di intervento sperimentale per l'anno 2001-2002, di sostegno alle famiglie che assistono in casa congiunti anziani, gravemente non autosufficienti e bisognosi di assistenza continuativa, attraverso l'erogazione di un assegno di cura. Indicazione alle Aziende sanitarie locali della regione Umbria.
d.G.R. 27 dicembre 2001 n. 1786	Conversione in euro delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate in regime di ricovero di cui alle d.G.R. 3269/97 e successive modifiche ed integrazione e d.G.R. 3270/97 e successive modifiche ed integrazioni. Decorrenza 1 luglio 1997.
d.G.R. 20 febbraio 2002 n. 142	Piano di riparto della quota attribuita all'Umbria del fondo nazionale per le politiche sociali (art. 20 l. 8 novembre 2002 n. 328).

d.G.R. 6 marzo 2002 n. 248	Atto di indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa.
d.G.R. 6 marzo 2002 n. 228	Attuazione della l. 8 gennaio 2002 n. 1, recante "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario" Direttive alle Aziende sanitarie dell'Umbria.
d.G.R. 13 marzo 2002 n. 293	Medicina sportiva – Linee di indirizzo e coordinamento vincolanti in applicazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001 – Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
l.r. 7 marzo 2002 n. 2	Ulteriore modificazione della l.r. 2 marzo 1999 e ulteriore integrazione della l.r. 23 gennaio 1997 n. 3 Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali.
d.G.R. 27 marzo 2002 n. 391	Definizione delle tariffe regionali di riferimento da applicare nei rapporti tra il Servizio sanitario regionale e le Residenze protette per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.
d.G.R. 17 aprile 2002 n. 456	Trattativa regionale decentrata di cui al capo VI del d.P.R. n. 270/2000 relativo all'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Direttive alle Aziende USL della Regione.
d.G.R. 24 aprile 2002 n. 512	Istituzione del Comitato tecnico scientifico dell'osservatorio epidemiologico regionale.
d.G.R. 16 maggio 2002 n. 613	Convenzione tra la Regione dell'Umbria – O.E.R.U. e il Dipartimento di igiene e sanità pubblica – Università degli studi di Perugia, per la gestione del registro tumori umbro di popolazione.
d.G.R. 3 luglio 2002 n. 893	Definizione criteri e modalità per il ricorso e l'erogazione di prestazioni di cui al punto f) dell'allegato 2A e al punto c) dell'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001. Definizione livelli essenziali assistenza.
l.r. 17 luglio 2002 n. 13	Istituzione e disciplina della figura professionale dell'operatore socio-sanitario.
Regolamento regionale 31 luglio 2002 n. 3	Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.
d.G.R. 2 ottobre 2002 n. 1336	Interventi per il contenimento della spesa farmaceutica.
d.G.R. 17 ottobre 2002 n. 1410	Determinazione in merito all'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.
d.G.R. 17 ottobre 2002 n. 1413	Art. 46 – l.r. 3/97 - Fondo integrativo per i servizi sociali e socio assistenziali – Approvazione riparto tra gli ambienti territoriali fondo destinato finanziamento progetti innovazione sociale (2001).
d.G.R. 30 ottobre 2002 n. 1502	Aggiornamento del tariffario base regionale per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate in regime di ricovero di cui alla dGR 28 maggio 1997, n. 3720.
d.G.R. 14 novembre 2002 n. 1576	Riparto della quota attribuita all'Umbria del fondo nazionale per le politiche sociali (esercizio 2002).
d.G.R. 20 novembre 2002 n. 1608	Chiarimenti dGR n. 391 del 27 marzo 2002 e dGR n. 481 del 24 aprile 2002 relativo alle strutture residenziali per anziani non autosufficienti.
l.r. 6 dicembre 2002 n. 25	Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti comportanti esposizioni a scopo medico.

I.r. 6 dicembre 2002 n. 26	Contributi a favore dei mutilati ed invalidi di guerra e categorie assimilate per cure climatiche, soggiorni terapeutici e cure termali.
Regolamento regionale 4 marzo 2003 n. 3	Modalità per l'acquisizione della qualifica di operatore socio- sanitario.
Regolamento regionale 16 aprile 2003 n. 5	Norme regolamentari in attuazione della legge regionale 6 dicembre 2002 n. 26.
Regolamento regionale 6 maggio 2003 n. 6	Disposizioni di attuazione della legge regionale n. 25 del 6 dicembre 2002 – Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti comportanti esposizione a scopo medico.
I.r. 26 maggio 2004 n. 7	Disposizioni in materia di finanziamento degli investimenti del Servizio Sanitario Regionale.
I.r. 6 agosto 2004 n. 18	Interventi di assistenza sanitaria in favore di paesi extracomunitari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie.
I.r. 22 novembre 2004 n. 24	Assegno di cura per l'assistenza a domicilio di anziani gravemente non autosufficienti.
D.G.R. 4 febbraio 2004 n. 53	Criteri per l'applicazione delle disposizione del PSR relative ai requisiti organizzative delle residenze protette per anziani autosufficienti.
D.G.R. 3 marzo 2004 n. 178	Indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali in materia di assunzione di personale.
D.G.R. 4 marzo 2004 n. 193	Controlli nel settore dell'alimentazione animale ai fini della prevenzione della BSE – protocollo regionale operativo con ispettorato centrale repressioni frodi e nucleo antisofisticazioni.
D.G.R. 7 aprile 2004 n. 391	Prime misure a sostegno del governo clinico: costituzione Osservatorio regionale sull'appropriatezza prescrittivi – istituzione centro regionale per la promozione dell'efficacia ed appropriatezza ambito clinico.
D.G.R. 7 aprile 2004 n. 392	Misure a supporto del governo clinico: costituzione del centro interaziendale per la continuità aziendale tra territorio e ospedale presso l'Azienda Ospedaliera di Terni
D.G.R. 7 aprile 2004 n. 393	Prime misure a sostegno del governo clinico: costituzione del centro interaziendale per la gestione del rischio clinico presso l'ASL n. 1 di Città di Castello.

## GLOSSARIO



## GLOSSARIO

### A

AAA	Attività Assistite con Animali
AAT	Terapie Assistite con Animali
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFO	Aree Funzionali Omogenee
AO	Azienda Ospedaliera
ARPA	Agenzia Regionale Per l'Ambiente
ASSR	Agenzia Servizi Sanitari Regionali
AUSL (ASL)	Azienda Unità Sanitaria Locale

### B

### C

CIM	Centro Igiene Mentale
CSM	Centro di Salute Mentale
CORI	Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva
CRCR	Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione
CT	Centro Trasfusionale
CTIO	Comitato Tecnico Infezioni Ospedaliere (responsabile del programma di lotta contro le infezioni ospedaliere)
CUP	Centri Unificati di Prenotazione

### D

DEA	Dipartimenti di Emergenza Accettazione
DDD	Dose Definita Die (dose giornaliera)
DMIEE	Dipartimento Materno Infantile e dell'Età Evolutiva
DIMISEM	Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche
DO	Degenza Ordinaria

	DP	Dipartimento di Prevenzione
	DRG	Diagnosis Related Groups (ROD: raggruppamenti omogenei di diagnosi)
	DVR	Documento di Valutazione del Rischio
F	FSN	Fondo Sanitario Nazionale
	FSR	Fondo Sanitario Regionale
G	GOA	Gruppo Operativo Affidi
	GOAT	Alcooldipendenze
H	HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point (sistema di principi volti ad identificare i rischi e le misure per il controllo degli alimenti al fine di assicurare la salubrità)
I	IAN	Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (Servizio Medico)
	IAOA	Igiene degli Alimenti di Origine Animale (Servizi Veterinari)
	IAPZ	Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche
	IDF	Federazione Internazionale del Diabete
	IO	Infezioni Ospedaliere
	IRCSS	Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
	ISP	Igiene Sanità Pubblica
L	LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
	LIVEAS	Livelli Essenziali di Assistenza Sociale
	LESP	Laboratorio Epidemiologia e Sanità Pubblica
M	MCQ	Miglioramento Continuo della Qualità
	MDC	Categorie Diagnostiche Principali
	MMG	Medici di Medicina Generale
	MST	Malattie Sessualmente Trasmesse
N	NVA	Nucleo di Valutazione per l'Accreditamento

O	OCAP	Osservatorio Centrale degli Acquisti e dei Prezzi
	OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
	OERU	Osservatorio Epidemiologico Regionale per l'Umbria
	OEV	Osservatorio Epidemiologico Veterinario
	OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
	ONLUS	Organizzazioni Non a Scopo di Lucro
	OPT	Osservatorio dei Prezzi e delle Tecnologie
P	PO	Presidio Ospedaliero
	POU	Presidio Ospedaliero Unificato
	PRUO	Protocollo Revisione d'Uso Ospedale
	PSAL	Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
R	RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
	RP	Residenze Protette
	RSA	Residenze Sanitarie Assistite
S	SA	Sanità Animale
	SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
	SEDES	Agenzia per la Promozione ed Educazione alla Salute
	SERT	Servizio Tossico Dipendenze
	SIS	Sistema Informativo Sanitario
	STR	Sistema Trasfusionale Regionale
T		
U	UO	Unità Operativa
	UPI	Unità Prima Infanzia
	UR	Unità di Raccolta fissa
	URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico

	USL	Unità Sanitaria Locale
	UVG	Unità di Valutazione Geriatria
V	VMD	Valutazione Multi Dimensionale
Y	YPLL65	(anni di vita potenziale perduta per morti evitabili a 65 anni)