

REGIONE DEL VENETO

BOLLETTINO UFFICIALE

Anno XXII VENEZIA, 8 NOVEMBRE 1991 N. 98

ACCORDO-QUADRO REGIONALE APPLICATIVO DEL DPR 28-11-1990 n. 384, CONTENENTE «REGOLAMENTO PER IL RECEPIMENTO DELLE NORME RISULTANTI DALLA DISCIPLINA PREVISTA DALL'ACCORDO DEL 6 APRILE 1990 CONCERNENTE IL PERSONALE DEL COMPARTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DI CUI ALL'ART. 6 DPR 5-9-1986, n. 68».

PARTE SECONDA

CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE E DELIBERAZIONI

Sanità

Dgr 19 luglio 1991, n. 4119.

Accordo-quadro regionale applicativo del dpr 28-11-1990 n. 384, contenente «Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6-4-1990 concernente il personale del comparto del servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6 dpr 5-9-1986, n. 68».

L'assessore alla sanità, Luigi Covolo, riferisce:

In data 20-12-1990 è entrato in vigore il terzo accordo di lavoro del comparto del servizio sanitario nazionale recepito con dpr 28-11-1990 n. 384.

In applicazione di quanto previsto dagli artt. 6 e 76 dello stesso dpr si è dato inizio alla contrattazione decentrata a livello regionale, convocando tutte le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, sia del comparto che dell'area medica.

Nel rispetto degli artt. 4 e 74 dpr n. 384/1990, si è pervenuti, preliminarmente alla firma, avvenuta ufficialmente in data 28-5-1991, dell'accordo decentrato regionale, per il comparto, e dell'intesa, per l'area medica, sui servizi pubblici essenziali da garantire in caso di sciopero, così come prescritto anche dalla legge n. 146/1990.

Le trattative hanno, quindi, riguardato le materie espressamente riservate alla contrattazione regionale, così come elencate negli artt. 3 e 75 dpr n. 270/1987, come richiamati dagli artt. 6 e 76 dpr n. 384/1990.

Per effetto dell'entrata in vigore dell'art. 5, 1° comma della legge 29-12-1990 n. 407 contenente «Disposizioni diverse per l'attuazione della manovra di finanza pubblica 1991-1993» oltre a tali materie la trattativa ha riguardato anche l'applicazione degli istituti dell'organizzazione del lavoro, del lavoro straordinario, della pronta disponibilità e dell'incentivazione alla produttività (artt. 15, 17, 18, dal 66 al 73, 80, 81, 82, e dal 101 al 108, dpr n. 270/1987).

La predetta norma, contenuta all'art. 5, 1° comma della legge n. 407/1990, ha, infatti, determinato la decadenza dall'1-2-1991 degli accordi relativi con conseguente obbligo della Regione, da un lato ad applicare dalla stessa data i corrispondenti istituti normativi ed economici previsti dal dpr, n. 384/1990, «limitatamente a situazioni di inderogabili esigenze operative» e, dall'altro, a rivederne i contenuti applicativi in sede di accordo decentrato, sempre nello spirito indicato dalla anzidetta disposizione.

Il predetto obbligo della Regione, da rapportare con quanto previsto dalla legge 19-11-1990 n. 334, contenente disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990 ha conseguentemente determinato l'impegno e la responsabilità della medesima nella gestione finanziaria degli istituti predetti.

In conclusione, l'accordo-quadro regionale, sottoscritto in data 20-6-1991. dalle Ooss di comparto e in data 11-7-1991 dalle Ooss mediche, per le due distinte aree, si compone delle seguenti parti:

- Attuazione dei criteri in base ai quali definire le piante organiche nonché i criteri per la formazione dei piani di assunzione di personale.
 - a) Organici.
 - b) Assunzione del personale.
- Formazione dei programmi di occupazione e verifica dall'applicazione delle norme sulla mobilità compresa quella derivante da situazioni di sovraddimensionamento o sottodimensionamento degli organici.
- Mobilità ordinaria nell'ambito dell'ente.
- Mobilità d'urgenza.
- Mobilità tra enti in ambito regionale.
- Mobilità di compensazione.
- Formazione, aggiornamento, qualificazione e riqualificazione professionale del personale.
- La predisposizione dei programmi di informatizzazione delle procedure e della destinazione delle risorse nonché del loro utilizzo.
- Pari opportunità.
- Diritto allo studio.
- Mensa.
- Piani e programmi volti a incrementare la produttività, loro verifica, definizione dei criteri attinenti le modalità di riparto degli incentivi alla produttività. (1)

L'assessore conclude la relazione e sottopone, con il proprio parere favorevole il presente provvedimento:

La Giunta regionale

Udito l'assessore alla sanità, Luigi Covolo, incaricato dell'istruzione in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale.

Visti gli artt. 2, 3, 74, 75 dpr n. 270/1987 concernenti le materie e i livelli di contrattazione decentrata come richiamati dagli artt. 6 e 76 dpr n. 384/1990.

Visto il dl 15-9-1990 n. 262 convertito nella legge 19-11-1990 n. 334 contenente disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990;

Visto l'art. 5, 1° comma, l n. 407/1990,

delibera

Di approvare e dare esecuzione all'accordo-decentrato regionale applicativo del dpr n. 384/1990, allegato alla presente delibera.

(1) L'elencazione delle parti di cui è composto l'accordo regionale è stata così corretta con dgr 26 settembre 1991, n. 5433, pubblicata a pag. 12391 del presente Bollettino, con cui sono stati forniti chiarimenti alla Ccar, ndr.

ALLEGATO

AREA COMPARTO

(omissis....)

AREA MEDICA

Attuazione dei criteri in base ai quali definire le piante organiche nonché i criteri per la formazione dei piani di assunzione di personale

Art. 75 dpr n. 270/1987

A - Organici

Premesso che i vigenti organici sono stati predisposti, o in corso di predisposizione, in sostanziale attuazione dei criteri di cui al dm 13 settembre 1988 e alla lr di piano socio-sanitario regionale n. 21/1989 si precisa che l'articolazione degli stessi, ai sensi dell'art. 6 dpr n. 761/1979, va effettuata per presidi, servizi e uffici e per le seguenti aree di attività:

- ricovero e servizi di diagnosi e cura;
- veterinaria e Pmv;
- igiene pubblica e Pmp;
- coordinamenti, settori e uffici centrali;
- servizi territoriali.

I predetti organici devono essere gestiti con criteri che consentano una correlazione tra i fabbisogni di personale, le esigenze e la migliore organizzazione del lavoro, secondo parametri definiti a livello nazionale e regionale.

Modifiche degli organici vanno attivate anche in funzione dell'applicazione degli istituti contrattuali di cui al dpr n. 384 del 1990, di interventi di adeguamento del piano socio-sanitario regionale 1988/1991 e/o di completamento della programmazione regionale e dei processi di riqualificazione degli stessi organici nell'ambito dei posti disponibili.

In particolare, in reazione a quanto previsto dagli artt. 78, 116 e 117 del dpr n. 384/1990, in materia di riorganizzazione del lavoro, da applicare sulle nuove piante organiche, si conviene di dare la più rapida possibile applicazione alle predette disposizioni in conformità delle stesse e delle direttive impartite con la circolare della presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per la funzione pubblica n. 73343/6.2.31 del 28-3-1991, richiamando le amministrazioni locali ad attirare le necessarie procedure di competenza nel più breve tempo possibile e, comunque, non oltre tre mesi dalla pubblicazione del presente accordo.

In tale contesto gli organici vanno intesi come strumento dinamico e flessibile al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra.

Per le funzioni dirigenziali e per le particolari professionalità o discipline previste dalla legge, si dovrà fare riferimento ad aree di pianta organica più specifiche nell'ambito di quelle sopra individuate.

Al fine di garantire una migliore utilizzazione delle risorse disponibili, si afferma che a livello decentrato dovrà essere individuata un'articolazione di orario tra quelle possibili (orario spezzato, orario continuato) coerente con il principio di utilizzazione ottimale del lavoro in rapporto alla domanda.

In tale contesto, lo strumento del piano di lavoro deve essere introdotto in ogni Ulss.

Inoltre l'orario spezzato, insieme agli altri orari, va considerato alla pari di quello continuato come normale modulo di organizzazione del lavoro, utilizzabile anche nei servizi e impianti attivati per almeno 12 ore giornaliere (8-20).

In particolare dovrà prevedersi il massimo utilizzo delle strutture per almeno 12 ore giornaliere e delle grandi apparecchiature medicali fino a 18 ore giornaliere, con garanzia di risposta alle urgenze nelle restanti fasce orarie, anche mediante l'individuazione, per le grandi apparecchiature, di moduli autonomi di personale, in grado di coprire l'intero arco lavorativo.

Per il personale medico, ferma restando la necessità di individuare una fascia oraria di massima operatività compresa fra le ore 8 e le ore 17 nei giorni feriali e le ore 9 e le ore 12 nei giorni di sabato, dovrà essere individuata un'articolazione degli orari tale che ne assicuri, comunque, la presenza in servizio nell'arco delle 12 ore diurne.

Premesso che tutti i degenti devono essere assistiti da un servizio di guardia divisionale o interdivisionale, si conviene di indirizzare la riorganizzazione interna dei presidi ospedalieri verso l'accostamento delle specialità chirurgiche e la collocazione nella stessa sede dei servizi di pronto soccorso, servizi di anestesia, reparti di ostetricia, di pediatria, al fine di garantire buoni livelli di assistenza.

In ogni presidio ospedaliero, comunque, la guardia medica va organizzata in forma divisionale:

- in tutte le strutture ove esistano terapie intensive;
- anestesia (art. 82 dpr n. 270/1987);
- nei servizi di pronto soccorso;
- nelle ostetricie;
- nelle pediatrie;
- laddove speciali e motivate situazioni organizzative, qualitative e/o logistiche la rendano necessaria.

In tutte le altre ipotesi la guardia medica va organizzata in forma interdivisionale, per discipline omogenee o aree ritenute tali dal Pssr vigente, in attuazione della legge n. 595/1985 o per discipline che confluiscono in dipartimenti.

In ogni caso deve essere organizzata per reparti o servizi logisticamente vicini e con un numero di posti letto adeguato.

Il numero dei posti letto coperto dalla guardia interdivisionale sarà di norma non superiore a 160 p.l., se riferito a reparti collocati su strutture tipo monoblocco, e a 120 se ubicati in strutture a padiglione.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 82 del dpr n. 270/1987, come richiamato dall'art. 136 del dpr n. 384/1990, la pronta disponibilità deve essere limitata di regola nei periodi notturni e festivi; in condizioni motivate è possibile estenderla alla fascia oraria diurna per non più di un turno di 4 ore nei giorni feriali e di 8 ore nei giorni di sabato.

Il personale comandato in pronta disponibilità deve presentarsi in servizio nei tempi concordati in sede locale e, comunque, non oltre 30 minuti dalla chiamata.

La pronta disponibilità medica sostitutiva della guardia è attivabile solamente per i servizi privi di degenza e nell'ipotesi di duplicazione di specialità o di particolari patologie, deve essere riferita al singolo ospedale.

La guardia medica interdivisionale deve essere di norma integrata dalla pronta disponibilità dei reparti afferenti a detta guardia con esclusione del reparto da cui proviene il medico di guardia.

Quanto sopra nei limiti dei posti letto sopra previsti. In presenza di un numero di posti letto superiore deve essere attuata la pronta disponibilità sostitutiva anche per la specialità di provenienza del medico di guardia.

Nelle specialità chirurgiche verrà comunque effettuata nella misura necessaria a costituire la specifica équipe operatoria per l'emergenza.

La guardia medica è svolta durante il normale orario di lavoro, laddove la dotazione organica delle unità operative consenta di garantire tutte le attività mediche istituzionali.

Nelle situazioni di carenza dell'organico e comunque fino all'adeguamento delle relative dotazioni la guardia medica, i turni previsti nei servizi di terapia intensiva e l'eventuale servizio prestato in pronta disponibilità possono essere svolte attraverso il ricorso a ore di lavoro straordinario, nella misura necessaria al loro espletamento. Qualora non compensabili con riposi sostitutivi, dette ore straordinarie vanno sempre e comunque salvaguardate da un punto di vista retributivo, secondo le previsioni di cui all'art. 80 comma 3° del dpr n. 384/1990.

Al di fuori dei servizi di cui sopra, si dovrà di norma evitare il ricorso all'orario straordinario, se non esistono condizioni di carenza di organici, utilizzando, se del caso e qualora l'organizzazione lo consenta l'eventuale prolungamento

dell'orario di servizio da riequilibrare con riduzione dello stesso in altro giorno, secondo i criteri di flessibilità previsti per tutta l'area della dirigenza.

Lo straordinario dovrà comunque essere ridotto in misura almeno pari all'incremento dell'orario di lavoro previsto dal nuovo contratto.

La formulazione organizzativa dell'orario di lavoro deve essere costruita tenendo conto:

A) dell'orario contrattuale fissato dall'art. 79 dpr n.384/1990 in 38 ore settimanali per il personale medico a tempo pieno nonché per il personale veterinario e in 28 ore e 30 minuti settimanali per il personale medico a tempo definito;

B) del plus-orario programmato.

L'eventuale debito orario creatosi in conseguenza dell'aumento dell'orario di lavoro dovrà essere recuperato nell'ambito delle prestazioni di servizio ordinarie e straordinarie, secondo quanto previsto dall'art. 80, 6° comma dpr n. 384/1990 e dalla circolare n. 73343/6.2.31 del 28-5-1991.

Per i servizi con un bacino d'utenza più ampio rispetto al territorio dell'Ulss deve essere prevista una articolazione organizzativa tale da consentire l'erogazione delle prestazioni con pari dignità per tutti gli utenti, eventualmente, anche attraverso specifiche intese fra le Ulss interessate, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale vigente.

La tradizionale organizzazione ospedaliera deve essere opportunamente adeguata mediante un maggior impulso all'organizzazione e alla spediizzazione a ciclo diurno, favorendo in ogni modo l'attività di day hospital sia terapeutico che diagnostico che riabilitativo, con la finalità della riduzione dei ricoveri e di miglioramento della qualità dell'assistenza

A tale scopo dovranno essere attivati tutti i necessari interventi organizzativi previsti dal pssr approvato con lr n. 21/1989 (punti 1.6.3.9.).

B.- Assunzione del personale

Nel rispetto dei limiti e delle procedure per le assunzioni del personale, ai sensi della vigente normativa, si prevede la possibilità di gestire il turn-over del personale cessato, anche in ruolo e profilo diversi, purché di analoga o inferiore posizione funzionale, nei limiti dei posti di pianta organica vacanti nell'ambito delle aree di attività già in premessa individuate.

In tale quadro, nel pieno rispetto della normativa vigente, si conviene che il piano straordinario di assunzioni per l'anno 1991 sia riferibile a una quantità di personale non superiore al finanziamento ottenibile attraverso i risparmi di spesa provenienti dalla gestione ordinaria del turn-over, in applicazione della legge n. 554 del 1988 e successive modificazioni, più altri finanziamenti disponibili per la realizzazione di obiettivi di piano definiti da specifiche norme nazionali e regionali.

Nell'ambito di detto piano di assunzioni va proseguita l'azione di riequilibrio fra Ulss assegnando le autorizzazioni con le seguenti priorità:

1) Ruolo sanitario

a - personale infermieristico;

- medici (punti guardia, qualora ci sia carenza di personale; servizi ad alta tecnologia; reparti multizonali; psichiatria; Aids, Direzione sanitaria);

b - tecnici sanitari;

c - altro personale.

2) Restanti ruoli

Formazione dei programmi di occupazione e verifica dell'applicazione delle norme sulla mobilità compresa quella derivante da situazioni di sovradimensionamento o sottodimensionamento degli organici.

Mobilità ordinaria nell'ambito dell'ente

L'istituto della mobilità, così come normato dal capo II del dpr n. 384/1990, rappresenta uno degli strumenti più efficaci per garantire la razionalizzazione nell'organizzazione delle strutture sanitarie e le esigenze oggettive di trasferimento del personale, ma anche per la riqualificazione del personale (art. 19 dpr n. 270/1987).

In tal senso devono trovare puntuale applicazione tutte le procedure previste dall'art. 81 all'art. 85 del dpr n. 384/1990.

Devono, inoltre, ritenersi confermate, per la parte compatibile, tutte le norme inerenti l'istituto della mobilità contenute nell'accordo regionale che ha dato applicazione al dpr n. 270/1987.

Si ribadisce che rientra nel potere organizzatorio dell'ente l'utilizzazione del personale nell'ambito dei presidi, stabilimenti, servizi, uffici situati a non oltre 10 km dalla località sede di assegnazione. Detta utilizzazione, che non è soggetta alle procedure previste dalle lettere A) e B) del comma 3 per la mobilità di urgenza e ordinaria, è disposta sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative quando avviene al di fuori del presidio, servizio o ufficio di assegnazione.

Mobilità d'urgenza

Per quanto riguarda la mobilità d'urgenza, intesa come utilizzazione temporanea e provvisoria di dipendenti, derivante anche da assenza di personale, in relazione alle assegnazioni minimali, causata da circostanze del tutto imprevedibili e alla cui sostituzione occorre procedere in maniera indifferibile, si conviene di stabilire che essa dovrà essere caratterizzata da una utilizzazione che comporti, di norma, un impegno individuale per un massimo di un mese nell'anno solare.

Detta mobilità sarà effettuata nel rispetto delle norme di cui all'art. 81 lettera a) dpr n. 384/1990.

In caso di utilizzazione urgente e temporanea con destinazione di lavoro in località diversa dall'abituale sede di servizio, al personale interessato spetta l'indennità di missione prevista dalla normativa vigente; qualora l'assegnazione di cui sopra debba essere necessariamente seguita da una reperibilità con obbligo di permanenza nella sede, il trattamento di trasferta sarà esteso anche a tutto il periodo di permanenza.

L'utilizzazione urgente e temporanea dovrà avvenire per la sostituzione di personale di uguale ruolo, profilo professionale, posizione funzionale e disciplina, al fine di garantire comunque i livelli minimi di assistenza.

Ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità dell'unità operativa di provenienza.

Mobilità ordinaria nell'ambito dell'ente

Ferma restando la discrezionalità dell'amministrazione in ordine all'attuazione della mobilità ordinaria all'interno dell'ente, al fine di rendere più semplice e gestibile l'intero istituto e senza per questo venir meno alle garanzie previste, l'obbligo dell'informazione che fa carico alla Ulss non deve essere necessariamente preliminare alla presentazione delle domande.

Per i livelli dal IX al XI compreso, presupposto necessario è in ogni caso la valutazione positiva (anche in caso di singola domanda) e/o comparata dell'organo competente.

Art. 82 - Area medica

Mobilità tra enti in ambito regionale

1) Trasferimento ad altra Ulss a domanda

lett. a) Premesso che anche in questo caso la valutazione discrezionale in ordine alla copertura dei posti mediante mobilità compete all'Ulss, va precisato che i 15 gg. previsti al n. 1 della lett. a) decorrono dall'affissione dell'avviso di mobilità nell'albo della Ulss e dalla contestuale spedizione dello stesso agli altri enti. Anche nel caso di specie, pur se in presenza di un'unica domanda, presupposto necessario è l'assenso motivato dell'ente, sentito il parere dell'organo competente.

lett. b) Trasferimento a seguito di soppressione del posto e verifica di esubero.

Qualora il dipendente in esubero non trovi collocazione all'interno dell'Ulss di appartenenza, si rende necessaria l'attivazione da parte della Regione dei processi di mobilità a domanda previsti dalla lett. A) e dall'art. 21 l.r. n. 21/1989.

In quest'ultimo caso, qualora l'interessato, preventivamente iscritto in appositi elenchi nominativi di mobilità, non trovi collocazione nell'ambito regionale, anche attraverso l'attivazione di opportuni programmi di formazione, viene mantenuto provvisoriamente in soprannumero presso l'Ulss di appartenenza, con l'obbligo della comunicazione alla presidenza del consiglio dei ministri ai sensi dell'art. 5 l.r. n. 554/1988.

Art. 85 - Area medica

Mobilità di compensazione

Va precisato che il richiamo delle disposizioni di cui all'art. 82 lett. a) punto 2 va inteso nel senso di ritenere necessaria anche in questo caso una valutazione positiva dell'organo competente dell'Ulss di destinazione.

Quanto sopra premesso, si conviene che le competenti strutture regionali procedano alla verifica sull'applicazione delle norme sulla mobilità attraverso il seguente sistema:

- 1) con cadenza mensile devono essere tempestivamente comunicati alla Regione, da parte della Ulss trasferente, tutte le situazioni di riutilizzo del personale anche conseguente a provvedimenti di disattivazione delle strutture, attuate in applicazione del Pssr, unitamente alla indicazione sulle procedure di riutilizzo dalla stessa applicate;
- 2) allo stesso modo e termini devono essere comunicati i nominativi di eventuali dipendenti che non possono trovare idonea collocazione nella Ulss di appartenenza, ai fini della predisposizione delle liste di mobilità e della attivazione dei processi di cui all'art. 82, comma 2, lett. b, punto 3 del dpr n. 384/1990;
- 3) dei punti 1 e 2 deve essere data comunicazione alla Regione anche se negativa.

Formazione continua e aggiornamento professionale del personale

Particolare attenzione deve essere riservata all'attività di formazione continua nelle sue due aree della formazione di base e dell'aggiornamento professionale, quale fondamentale azione strategica e di supporto per il raggiungimento degli obiettivi di razionalizzazione, integrazione e modificazione nella organizzazione dei servizi e per la qualificazione delle prestazioni.

Detti obiettivi implicano infatti un'esigenza di continuo adeguamento delle professionalità, connessa pure alla continua evoluzione tecnico-scientifica e dei modelli organizzativi.

Nell'ambito dell'aggiornamento professionale i programmi rivolti al personale dipendente e convenzionato, vanno programmati e realizzati a livello regionale e di singola Ulss in modo coordinato e devono essere a supporto delle politiche di cui al piano socio-sanitario e alle azioni di riorganizzazione di cui alla presente intesa, coinvolgendo altresì le università, le società scientifiche, istituti e centri altamente qualificati ed esperti nel settore, gli ordini e i colleghi professionali.

In particolare gli interventi formativi e di aggiornamento professionale, ai sensi della l.r. 20-7-1989, n. 21, Pssr n. 89/91, punto IV.4, devono tendere per l'area medica e veterinaria, a sviluppare capacità di:

- progettazione e gestione della propria attività e/o dell'attività dell'équipe;
- realizzazione di indagini epidemiologiche;
- sviluppo di conoscenze e tecnologie, con riferimento alle evoluzioni scientifiche, professionali e organizzative;
- valutazione della pertinenza, efficacia ed efficienza del proprio operato e/o del lavoro di équipe;
- progettazione, gestione e verifica dei piani di lavoro;
- partecipazione a interventi di educazione sanitaria.

In particolare a livello regionale vanno programmate attività formative rivolte:

- all'area del Management, per il personale con funzioni di direzione e responsabilità a livello di struttura o modulo organizzato, finalizzate alle strategie della programmazione, direzione, organizzazione e verifica dei risultati, sul piano tecnico-scientifico e della gestione.

Tale processo va a collocarsi nella più generale scelta di qualificare la gestione delle attività passando da «Centri di spesa a centri di costo»;

- all'area dei servizi per la veterinaria, per l'igiene pubblica e per le strutture coinvolte nelle problematiche dell'Aids;
- per il personale medico coinvolto nei processi di programmazione del piano che prevedono modifiche strutturali, (attivazione, disattivazione, nuovi servizi e attività) anche ai fini dell'acquisizione di particolari studi e/o tecniche.

A livello Ulss gli interventi formativi devono prioritariamente concorrere alla realizzazione degli obiettivi previsti nella locale programmazione sanitaria.

Per quanto attiene le procedure da seguire si fa osservare che la l.r. 20-7-1989, n. 21 già definisce le procedure per l'approvazione dei piani triennali e annuali predisposti dalle singole Ulss, nonché i criteri del riparto del fondo vincolato a esse destinato.

Dette procedure per il triennio 1989/1991 ai sensi dell'art. 14 l.r. n. 21/1989, sono già state definite. Per gli anni successivi, le Ulss sono tenute a presentare lo specifico piano annuale attuativo, previa quantificazione da parte della Regione della quota a ognuna assegnata.

La Regione provvede a ripartire la quota spettante a ciascuna Ulss in applicazione dei seguenti parametri:

- personale in servizio	70%
- livello e dimensione Ulss	15%
- popolazione residente	<u>15%</u>
	totale 100%

L'erogazione del primo 50% della somma assegnata a ciascuna Ulss avverrà previa validazione da parte della Regione del piano attuativo presentato, il restante 50% sarà erogato su presentazione di relazione illustrante le attività programmate e svolte, nonché le somme impegnate.

Per le attività di cui sopra, le Ulss in applicazione degli accordi nazionali, nonché dei conseguenti accordi integrativi regionali, si avvalgono delle commissioni e dei comitati tecnico-scientifici già allo scopo istituiti.

Si ripropone la ripartizione delle quote destinate agli interventi di aggiornamento in sede Ulss come segue:

A) 1 - fondo medici	50%
2 - fondo non medici	50%

il fondo destinato ai non medici va ripartito:

B) 1 - fino al 65% per aggiornamento obbligatorio;
2 - fino al 35% per aggiornamento facoltativo.

Si confermano in tale sede gli indirizzi applicativi già definiti, in materia, nella precedente intesa di cui all'accordo regionale decentrato del 31-3-1988.

Per la realizzazione degli interventi formativi vanno utilizzati, in modo coordinato, tutti gli istituti contrattuali disponibili, prevedendo altresì il comando di aggiornamento ex art. 45 del dpr n. 761/1979, quale strumento per la realizzazione delle iniziative di aggiornamento obbligatorio ai sensi dell'art. 68, IV comma e art. 134, IV comma del dpr n. 384/1990.

La predisposizione dei programmi di informatizzazione delle procedure e della destinazione delle risorse nonché del loro utilizzo.

Nell'ambito degli obiettivi che la contrattazione regionale si pone, si prevede di perseguire, attraverso le procedure di informatizzazione, i seguenti scopi:

1) miglioramento dei servizi all'utenza.

Esso è raggiungibile attraverso il decentramento territoriale di sportelli automatizzati per l'espletamento di pratiche amministrative e sanitarie (es. per la scelta e revoca del medico di base, per la prenotazione delle prestazioni);

2) miglioramento della veicolazione interna all'Ulss delle informazioni per una più efficiente ed efficace gestione dei servizi sanitari e amministrativi.

Esso è perseguibile privilegiando la revisione organizzativa e la gestione automatizzata delle aree:

- della cartella clinica di reparto e della scheda nosologica di dimissione ospedaliera;
- del laboratorio di analisi e della radiologia;
- deputate a interventi nei confronti di particolari tipologie di utenza quali i servizi per la tutela della salute mentale, dei servizi per la tossicodipendenza;
- della contabilità per i centri di costo;
- della gestione delle piante organiche;

3) miglioramento dei flussi informativi che interessano le stesse Ulss e la Regione in quanto costituiscono il supporto alla attività programmatoria locale e regionale.

In particolare promuovendo interventi per il miglioramento dei seguenti flussi:

- anagrafe sanitaria
- scheda nosologica
- flussi trimestrali economici e gestionali
- altri dell'area epidemiologica.

I citati obiettivi e azioni sono perseguiti tenendo presenti alcune regole operative che sinteticamente si possono identificare in:

- verifica delle procedure informatiche in atto, automatizzate e non, per aumentare il livello di completezza, correttezza e tempestività dei flussi esistenti;
- analisi dell'attuale dotazione di strumentazione informatica per ottimizzare il suo utilizzo;
- predisposizione di progetti di informatizzazione che analizzino tutte le variabili che influiscono sul buon esito del progetto:

a) dimensione dei servizi e presidi interessati e delle apparecchiature informatiche già disponibili;

b) disponibilità di personale;

c) tempificazione dei tempi di realizzazione:

- previsione di interventi di formazione e addestramento del personale contestuali alla disponibilità di hardware e software;
- verifica della opportunità di ricorrere a contratti di leasing operativo nell'ambito di piano predefiniti e con la verifica della effettiva validità di tali operazioni.

Piani e programmi volti a incrementare la produttività, loro verifica, definizione dei criteri attinenti le modalità di riparto degli incentivi alla produttività

Art. 75 dpr n. 270/1987 richiamato dall'art. 76 dpr n. 384/1990, art. 5 1° comma legge n. 407/1990

L'incentivazione alla produttività

Una complessiva valutazione dell'incentivazione alla produttività, sia nella forma tradizionale del «sub 1» la che in quella del «sub 2», impone la necessità di orientare l'intero istituto verso una più razionale ed economica utilizzazione delle risorse umane, delle strutture per almeno 12 ore giornaliere e delle grandi apparecchiature medicali per una fascia temporale di 12 ore e che abbia come obiettivo un utilizzo fino alle 18 ore giornaliere, in relazione, alla dotazione organica presente, e alla domanda nonché nel perseguimento di specifici e misurabili obiettivi strategici per i servizi sanitari della Regione.

A norma dell'art. 123, 6° comma dpr n. 384/1990; il processo è così articolato:

a) incentivazione ai sensi degli artt. 101 e seguenti del dpr n. 270/1987;

b) produttività «per obiettivi».

Per i fini di cui sopra, a norma degli artt. dal 123 al 126, dpr n. 384/1990, in relazione alla tendenza di avviare una gestione budgetaria dell'attività lavorativa nella sanità, si ritiene di dover perseguire i sottocitati obiettivi:

a) Un equilibrio complessivo delle prestazioni su tutto l'arco temporale di attività annuale, mantenendo o migliorando il rapporto tra prestazioni rese in normale orario di lavoro e prestazioni rese in plus-orario, in relazione alla consistenza dei posti di organico coperti.

Fermo restando il plus-orario equivalente alla quota di équipe storica dell'anno 1989 e numero di prestazioni corrispondenti, valutata la potenzialità dell'équipe, può essere incentivata una ottimizzazione quali-quantitativa di prestazioni per esterni effettuate durante l'orario di servizio (prestazioni ambulatoriali);

b) la gestione dell'istituto deve tendere a migliorare alcuni indici di produttività complessivi:

b) 1) - miglioramento degli indici relativi a: durata media della degenza, indice di occupazione di posti letto, indice di di turn-over del posto letto, tenendo conto dell'indice di ospedalizzazione, del tasso di attrazione e di fuga per specialità.

L'obiettivo del miglioramento di tali indici deve essere raggiunto prendendo a riferimento gli indici medi regionali previsti dal pssr contenuto nella lr n. 21/1989, e tenendo conto della complessità della patologia trattata.

b) 2) - riduzione dei tempi di attesa intra ed extra ospedaliera.

L'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa intra ospedaliera può essere raggiunto tramite il progressivo azzeramento dei tempi di attesa interni per esami e indagini strumentali, nonché per consulenze e altre prestazioni erogate da altri servizi o divisioni, ferma restando la domanda e a parità di prestazioni erogate nell'anno 1990 e di personale medico e non medico addetto.

Il risultato che ci si prefigge è quello di arrivare all'esecuzione e alla refertazione delle prestazioni per interni nello stesso giorno della richiesta.

Al fine di ridurre i tempi di attesa per ricoveri e di diminuire la durata degli stessi può essere attivato, a parità di dotazione di personale, lo strumento della trasformazione di posti letto in altrettanti di Day hospital diagnostico a cui segue il ricovero, terapeutico, riabilitativo, in presenza di indici di utilizzo ottimali, di almeno il 5 per cento dei posti letto, altrimenti del 10 per cento e oltre.

La suddetta attività di Day-hospital può essere incentivata tramite il fondo comune.

b) 3) economie realizzate dall'indice medio regionale per la farmaceutica esterna e interna, per il consumo dei presidi medico-chirurgici e del materiale di laboratorio e di radiologia.

Per la realizzazione di economie per la farmaceutica interna o per il consumo dei presidi medico-chirurgici e del materiale di laboratorio e radiologia, si deve prevedere la costruzione di centri di costo anche semplificati per ogni responsabile di struttura operativa.

b) 4) - potenziamento delle attività di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Il potenziamento delle attività di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro si può raggiungere aumentando le prestazioni di prevenzione, con specifica progettazione, negli ambienti di vita e di lavoro, rispetto al 1990, a parità di personale medico e paramedico in servizio. I settori interessati sono: l'igiene pubblica, servizi territoriali di prevenzione di cui alle leggi n. 405/1975, 194/1978, 180/1978, 685/1975 e 162/1990, presidi multizonali, responsabili di distretto e direzione sanitaria.

b) 5) - miglioramento dei seguenti ulteriori indici di produttività, oggettivamente rilevabili e quantificabili, determinati a livello regionale:

1) contenimento della spesa generale dell'Uss con particolare riferimento alle voci di spesa relative alle attività incentivate;

con cadenza semestrale, a decorrere dal 31-12-1991, in rapporto agli indicatori standard di spese regionali, saranno verificati, con le oo.ss. mediche maggiormente rappresentative gli scostamenti ottenuti da ciascuna Ulss.

Le amministrazioni che ridurranno il loro scostamento sfavorevole, o che si ricollocheranno in linea o al di sotto dei predetti indicatori, riceveranno un aumento rispettivamente pari al 10% nella prima ipotesi e al 20% nelle altre, del risparmio ottenuto da utilizzare per l'istituto dell'incentivazione.

2) una volta per la fase di costituzione e avvio di aree omogenee nell'ambito di tutte le attività di degenza ove possibile e ove l'erogazione di prestazioni affini o complementari possa garantire una migliore utilizzazione delle risorse;

3) una volta per l'avvio dell'accesso in orari concordati alle attrezzature (ecografie, laser, ecc.) da parte di vari specialisti, al fine di attuare l'uso interdisciplinare delle metodiche diagnostiche-terapeutiche che utilizzano strumentazioni di costo elevato e di rapida obsolescenza;

4) una volta per l'organizzazione e l'avvio dei servizi di emergenza atti a garantire la migliore prima assistenza e una più corretta distribuzione dei flussi di ricovero verso le strutture adeguate.

L'obiettivo di cui al punto 4) riguarda specificatamente i medici operanti in servizi di emergenza. È raggiungibile attraverso la predisposizione di protocolli per l'uso razionale delle risorse esistenti al fine di rispondere anche alle esigenze territoriali, tenendo conto dei necessari criteri di integrazione tra Ulss e tra l'attività intra ed extra ospedaliera;

5) istituzione di regolamentazioni inter Ulss per la pianificazione integrata di attività sanitarie soprazonali, ivi compresa la utilizzazione dei grandi impianti.

Si propone per le grandi attrezzature, nell'ipotesi di carenza di personale, che una Ulss priva del relativo servizio possa mettere a disposizione il proprio personale in possesso, della necessaria qualificazione, nell'équipe operativa di altra Ulss, al fine di garantire le prestazioni ai pazienti provenienti dall'Ulss carente in tempi analoghi a quelli dell'Uss dove si svolge il servizio;

6) pieno utilizzo e valorizzazione dei servizi pubblici in modo da garantire maggiori spazi di prestazione di servizi all'utenza e un minore ricorso alle prestazioni di specialistica convenzionata esterna.

c) Deve concretizzarsi una razionale distribuzione territoriale e oraria delle prestazioni utilizzando le attività rese in plus-orario, altre che nella sede di assegnazione, anche nei presidi territoriali (distretti, centri di prenotazione, consultori) e nei presidi multizonali.

d) Devono incentivarsi le prestazioni e i trattamenti deospedalizzanti e le attività di ospedale diurno.

Altri obiettivi diversi e in ogni caso non in contrasto con quelli sopraindicati, possono essere individuati a livello di singola Ulss, anche con riferimento specifico all'area di attività di igiene pubblica.

Ogni semestre devono essere verificati con le Ooss mediche maggiormente rappresentative gli aspetti tendenziali dell'applicazione dell'istituto in ordine al grado di conseguimento degli obiettivi che costituiscono la condizione per l'attribuzione dei compensi.

Al fine di orientare nel modo predetto l'istituto dell'incentivazione, sia nella sua forma del «sub 1», e che in quella del «sub 2», viene stabilita la seguente metodologia che dovrà essere seguita a livello locale.

a) Finanziamento del fondo di incentivazione «sub 1» - Gruppo A -

Fermo restando quanto previsto dall'art. 124 10° comma dpr n. 384/1990, e in relazione a quanto disposto dall'art. 5, 1° comma legge n. 407/1990, per la necessaria uniformità a livello regionale ciascuna Ulss determinerà l'ammontare del fondo «sub 1», gruppo A, nel seguente modo:

- definizione del fondo di dotazione per il 1991 sulla base del fondo di competenza 1989, incrementato delle percentuali del tasso di inflazione programmato rispettivamente pari per il 1990 al 4,5% e per il 1991 al 5%.

A tale percentuale va aggiunto un incremento tale da raggiungere complessivamente nel biennio 1990/1991 il 13% per l'attivazione di nuove unità operative (art. 124, V comma).

Ai sensi dell'art. 124, 3° comma, dpr n. 384/1990, fermo restando che, a parità di bisogno assistenziale, l'aumento del valore delle prestazioni erogate all'interno della struttura deve essere correlato a un decremento pari o maggiore del valore delle prestazioni erogate in regime di specialistica convenzionata esterna, in caso di maggiori esigenze assistenziali, il fondo come sopra determinato è incrementato in ragione del valore delle prestazioni aggiuntive al 30 giugno 1990 rispetto a quelle rilevate al 30 giugno 1989, calcolate in base al tariffario vigente e comparate con le prestazioni erogate in regime di specialistica convenzionata esterna, valutate in base al predetto tariffario recepito con decreto del ministro della sanità 8 agosto 1984 e riferite alle distinte discipline nel medesimo periodo temporale assunto a riferimento. Il limite massimo di aumento di cui al presente comma, per il biennio 90/91, non può essere superiore al 10% del fondo di dotazione dell'anno 1989, anche se realizzato in parte nel 1990 e in parte nel 1991.

Per gli anni successivi, fino alla stipula del nuovo contratto nazionale, verrà applicato nella sua interezza il 3° comma dell'art. 124 in vigore ai sensi dell'art. 13 legge n. 93/ 1983.

La succitata previsione viene applicata nell'ambito della programmazione del lavoro dell'Ulss, realizzata tramite piani di lavoro.

Il fondo di incentivazione come sopra definito deve essere così utilizzato:

- 1) fondo da erogare all'équipe. Va attribuito il 45% della somma risultante dalla valorizzazione delle prestazioni rese dalla stessa.
- 2) Fondo comune gruppo A, 55%. Il fondo va così ripartito. Fatto 100 il valore complessivo del fondo, una quota pari al 60% va utilizzata con funzione perequativa, per attività programmata in plus-orario, mentre la quota non inferiore al 40% va utilizzata in modo sperimentale per obiettivi attraverso lo strumento dei piani di lavoro. Tale percentuale sarà incrementata del 10% per il 1992 e sarà aggiornata in aumento sulla base di quanto stabilirà un'apposita commissione paritetica che sarà all'uopo istituita a livello regionale. Il pagamento relativo a tali quote dovrà avvenire mediante acconti definiti sulla base del 100% presuntivo.

b) Valutazione della produttività

Fermo restando quanto previsto dall'art. 125 dpr n. 384/1990, con riferimento all'utilizzo del fondo comune per obiettivi, nella percentuale sopra indicata, questi ultimi devono essere preventivamente indicati e trovare puntuale riscontro in appositi piani di lavoro, da trasmettere alla Giunta regionale per il parere vincolante, improrogabilmente entro tre mesi dalla esecutività del provvedimento di approvazione dell'accordo decentrato a livello di singola Ulss.

Le Ulss adegueranno sia la metodologia di perseguimento degli obiettivi che i piani di lavoro al sopracitato parere regionale a decorrere dal trimestre successivo a quella di ricevimento del parere stesso.

c) Piani di lavoro

Si definisce per piano di lavoro lo strumento che combinando insieme i fattori strutturali e organizzativi, determina la concorrenza di questi in funzione dell'ottimizzazione delle prestazioni sanitarie espletate dalla struttura.

Le programmazioni dei piani di lavoro, che vanno predisposte per struttura autonoma, comprendente gli eventuali servizi aggregati, sono definite tenendo conto di:

- 1) congrua misura delle attività assistenziali a favore dei ricoverati e dell'eventuale servizio di guardia;
- 2) attività a favore dei non ricoverati;
- 3) attività di consulenza per ricoverati e non;
- 4) assenze del personale relative a motivi previsti dalla normativa contrattuale;
- 5) attività di ricerca clinica-epidemiologica e didattica.

Va introdotto, a livello di singola Ulss, un sistema di valutazione comparativo delle prestazioni effettuate, sia per gli interni che per gli esterni, sulla base delle tecnologie disponibili dall'organizzazione e di specifiche indicazioni professionali.

Tale criterio deve portare all'individuazione ponderata del carico di lavoro derivante dalle diverse prestazioni che concorreranno in forma integrata ai dati di reale impegno professionale.

Scopo della metodica è il riequilibrio dei piani di lavoro a livello regionale.

Per le aree extraospedaliere si opererà in maniera analoga.

Alla dirigenza sanitaria che è tenuta al controllo sia della compilazione dei piani di lavoro, che della attuazione di centri di costo che delle successive verifiche dei risultati complessivi, nell'ambito del finanziamento sopraindicato, va riservata, una quota di plus-orario finalizzata a tale scopo, fatte salve eventuali altre quote.

Area veterinaria

(omissis...)

Area medica

Dichiarazione a verbale Anpo

L'Anpo concorda con i contenuti normativi ed economici dell'accordo decentrato (dpr n. 384/1990) Regione del Veneto/Ooss mediche con l'esclusione di quanto riguarda e deriva dagli artt. 8-48, 78, 116 e 117, avverso i quali a nome dell'associazione è pendente ricorso presso il Tar Lazio.

Per queste ragioni l'Anpo del Veneto coerentemente alle indicazioni della presidenza nazionale non può firmare il documento.

Venezia, 11 luglio 1991

f.to Il presidente regionale Anpo Veneto

Dichiarazione a verbale Ooss mediche

Le Ooss mediche della Regione del Veneto sottoscrittrici, ritenendo che il presente accordo non soddisfa, relativamente al personale medico universitario convenzionato, l'esigenza di una equa ripartizione delle quote relative all'istituto per l'incentivazione della produttività Sub I, in rapporto alle ore prestate per assistenza ai ricoverati e non, chiede all'assessore alla sanità della Regione del Veneto che si addivenga, entro sessanta giorni dalla firma dell'accordo medesimo, alla costituzione di una commissione paritetica Regione-Ooss mediche per la definizione dell'argomento, commissione che dovrà completare i propri lavori entro e non oltre il 31-12-1991.

Venezia, 11 luglio 1991

f.to le ooss mediche:

Anaa/Simp - Cimo - Simet - Anmdo - Aaroi - Anpo - Cisl - Uil - Cgil - Snr

Dgr 26 settembre 1991, n. 5433.

Deliberazione n. 4119/1991 concernente l'approvazione dell'accordo-quadro regionale applicativo del dpr n. 384/1990. Risposta ai chiarimenti richiesti con ordinanza n. 9991/7483 dell'8-8-1991 della commissione statale di controllo.

L'assessore regionale alla sanità, Luigi Covolo, riferisce:

Con deliberazione n. 4119 del 19-7-1991 la Giunta regionale, in conformità di quanto previsto dagli artt. 6 e 76 del dpr 28-11-1990 n. 384, che ha recepito le norme risultanti del terzo accordo di lavoro del comparto sanità, ha approvato e dato esecuzione all'accordo decentrato regionale applicativo del sopracitato dpr n. 384/1990.

Il predetto accordo regionale è stato siglato rispettivamente in data 20-6-1991 e 11-7-1991 dalle Ooss di comparto e dalle Ooss mediche, maggiormente rappresentative ai sensi delle vigenti disposizioni.

In data 8-8-1991 la commissione statale di controllo sull'amministrazione regionale con ordinanza n. 9991/7483, invitata la Giunta a fornire chiarimenti in ordine a quanto esposto con telegramma del sindacato Sicus, il quale dichiarava il suo disaccordo in ordine alla bozza di accordo regionale per palese stravolgimento della lettera e dello spirito dell'art. 58 dpr n. 384/1990 e l'inesistente applicazione dell'art. 62.

Nel merito di quanto evidenziato dal predetto sindacato, si rileva quanto segue.

Come già espresso nelle premesse dell'atto sub iudice, la contrattazione regionale ha subito una svolta rispetto al passato per effetto dell'entrata in vigore dell'art. 5, 1° comma della ls n. 407/1990.

Tale norma ha, infatti, determinato la decadenza dall'1-2-1991 degli accordi relativi ad alcuni istituti contrattuali, tra i quali l'incentivazione alla produttività, siglati sotto la vigenza del dpr n. 270/1987, con conseguente obbligo della Regione, da un lato di applicare dalla stessa data i corrispondenti istituti normativi ed economici previsti dal dpr n. 384/1990 «limitatamente a situazioni di inderogabili esigenze operative» e dall'altro, di rivederne i contenuti applicativi, in sede di accordo decentrato, sempre nello spirito indicato dalla anzidetta disposizione, che è quello di stimolare un contenimento della spesa sanitaria.

In conseguenza dell'entrata in vigore della predetta normativa nonché della legge 19-11-1990, n. 334 contenente «disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativo all'anno 1990», la Regione è stata investita della responsabilità giuridica ed economico-finanziaria della gestione dei più importanti istituti contrattuali, tra i quali rientra in primo luogo l'incentivazione alla produttività.

Dovendo, pertanto, tenersi conto nella fase delle trattative regionali del sopraggiunto quadro normativo, d'accordo con i sindacati maggiormente rappresentativi sia del comparto che dell'area medica, si è adottata una linea applicativa degli istituti contrattuali in questione conforme al dettato dell'art. 5, 1° comma ls n. 407/1990, al cui rispetto la Regione è stata richiamata dal commissario del governo e dal ministero del tesoro.

D'intesa con i sindacati, sono state, dunque, evidenziate le inderogabili esigenze operative, limitatamente alle quali, in particolare, va applicato l'istituto dell'incentivazione alla produttività, mediante l'individuazione di obiettivi definiti al cui raggiungimento è connessa l'erogazione delle quote economiche, previa la predisposizione di piani di lavoro. Si sono altresì definiti i criteri per la determinazione dei fondi reali di finanziamento dell'istituto medesimo, nel rispetto delle modalità di ripartizione ed erogazione previste dal dpr n. 384/1990, onde evitare un ulteriore disavanzo del bilancio regionale, considerata la scarsità delle risorse finanziarie disponibili.

In conclusione, gli artt. 58 e 62 dpr n. 384/1990 non sono stati né ignorati né travisati dall'accordo decentrato regionale, ma applicati alla luce delle successive disposizioni contenute nella legge finanziaria e nella ls n. 334/1990, che hanno inciso nella materia contrattuale.

Le stesse argomentazioni sono utili per rigettare quanto affermato dallo Snatoss nel telegramma inviato dal commissario del governo con nota n. 10669/30803/5, a proposito di una non meglio definita incompatibilità giuridica ed economica dell'accordo regionale decentrato.

Per le motivazioni di cui sopra, si propone di riconfermare il provvedimento n. 4119 del 19-7-1991, fornendo alla commissione statale di controllo i chiarimenti sopra illustrati.

Si propone, altresì, di inserire nelle premesse dell'atto in esame, alla fine dell'elenco delle parti di cui è composto l'accordo regionale decentrato, la seguente dicitura: «Piani e programmi volti a incrementare la produttività, loro verifica, definizione dei criteri attinenti le modalità di riparto degli incentivi alla produttività», non trascritta per mero errore materiale ma corrispondente a uno degli allegati inclusi nella delibera.

L'assessore conclude la relazione e sottopone, con il proprio parere favorevole, il presente provvedimento:

La Giunta regionale

Udito l'assessore alla sanità, Luigi Covolo, incaricato dell'istruzione in questione ai sensi dell'art. 33, II comma dello statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale.

Visti: gli artt. 6 e 76 dpr n. 384/1990.

Visto il dl 15-9-1990 n. 262 convertito nella legge 19-11-1990 n. 334 contenente disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990.

Visto l'art. 5 I comma legge n. 407/1990,

delibera

Di rispondere all'ordinanza n. 9991/7483 dell'8-8-1991 della commissione statale di controllo e alla nota prot. n. 10669/30803/5 del 23-8-1991 del commissario del governo, fornendo i chiarimenti ed elementi integrativi sopra esposti.

Di riconfermare, per le motivazioni di cui in premessa, la delibera n. 4119 del 19-7-1991, procedendo altresì alla correzione dell'errore materiale sopra esposto.