

Il Molise, secondo i magistrati contabili, segnala solo miglioramenti marginali

CAMPOBASSO. E' stato presentato ieri a Roma presso Palazzo Giustiniani nel Senato della Repubblica il rapporto sul coordinamento della finanza pubblica da parte delle Sezioni riunite della Corte dei Conti. Secondo i magistrati contabili i disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nelle regioni del sud del Paese (è da riferire ad esse il 50 per cento delle perdite, il 54 per cento nel 2009), ma nel complesso i loro risultati conoscono nell'anno un significativo miglioramento. In valore assoluto, le perdite scendono da 1.819 milioni del 2009 (nel 2008 erano pari a 1.854 milioni) a 1.230 milioni nel 2010.

Sono soprattutto le regioni in piano di rientro a migliorare il proprio risultato: esse passano da un disavanzo di poco meno di 3 miliardi nel 2009 (3,2 nel 2008) ad uno di 2 miliardi. Almeno da questo angolo visuale, l'operare del sistema di responsabilizzazione, anche basato sul sistema sanzionatorio, sembra aver contribuito a rallentare la dinamica dei costi sanitari riducendo il formarsi di disavanzi. Si tratta, tuttavia di un risultato non generalizzato: Molise e Sardegna segnalano solo



I dati pubblicati nel rapporto sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti

marginali miglioramenti; in contro tendenza l'andamento della regione Puglia, registra una perdita di 335 milioni (302 nel 2009) e ha sottoscritto a fine anno un piano di rientro.

Per il Molise i ritardi nella attuazione del Piano, pur in presenza di prime innovazioni di carattere strutturale, continuano a pesare sul risultato di eser-

cizio. Dati già evidenziati, del resto, dalle risultanze dell'ultima riunione del tavolo di verifica ministeriale e già pubblicati ampiamente su queste colonne.

Nel 2009 l'esercizio si era chiuso con una perdita di 81 milioni, a cui andavano ad aggiungersi le perdite riportate dall'esercizio 2008 (29,7 milioni). Le entrate aggiuntive già pre-

Sanità, nel 2010 perdite di oltre cento milioni di euro

viste dal piano e il fondo transitorio consentivano solo una copertura parziale del disavanzo (44,3 milioni). Restava da trovare copertura per circa 69 milioni, tenuto conto anche dei rischi (2,5 milioni) relativi a rischi emersi nell'esame del monitoraggio.

Nel luglio 2010 la regione presentava pertanto il programma operativo per il 2010 con il quale dare prosecuzione al piano di rientro. La grave situazione finanziaria determinata dai ritardi nell'attuazione del piano portavano nel successivo mese di ottobre, a ritenere che persistessero le condizioni per

l'applicazione della procedura di cui all'articolo 2 della legge 191/2009 (l'incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo). Poiché, inoltre, con l'aumento delle aliquote si prevedeva un gettito di circa 10,8 milioni, non suf-

ficiente alla copertura integrale del disavanzo 2009, la regione avrebbe dovuto disporre nel corso del 2010 una manovra aggiuntiva al fine di pervenire ad una copertura definitiva del disavanzo. La verifica annuale per il 2010 ha confermato, aggravandole, le precedenti previsioni. La perdita di esercizio ha raggiunto i 57 milioni; ad essa si sono aggiunti 55 milioni di perdite trasportate da esercizi precedenti, nonché rischi per 12 milioni. La copertura prevista in termini di entrate (23 milioni) ha portato la perdita complessiva non coperta a superare i 100 milioni.

Piani di rientro a rischio sentenze Tar: regioni preoccupate

Ieri l'incontro a Roma con i tecnici del tavolo Massicci

ROMA. "Questione delicatissima sulla quale sarà necessario anche e soprattutto un intervento chiarificatorio di carattere politico". Così il presidente della Regione Abruzzo e Commissario per la Sanità, Gianni Chiodi, al termine della riunione di ieri al ministero dell'Economia con i tecnici del dicastero finanziario e con quelli della Salute, richiesta dopo la decisione del Tar di annullare alcuni provvedimenti assunti dal Commissario ad esecuzione del Piano operativo 2010. In due ore di confronto, il Governatore, accompagnato dal subcommissario Giovanna Baraldi e dalla responsabile della direzione Sanità, Maria Crocco, ha illustrato i contenuti della sentenza del Tar che di fatto neutralizza gli effetti del Piano operativo della rete ospedaliera. "La vicenda Abruzzo - ha spiegato il presidente Chiodi - rischia di generare confusione e non poche incertezze anche in altre regioni sottoposte a regime commissariale in tema sanitario, che al termine del vertice si sono dette molto preoccupate". Dal punto di vista politico, "questa sentenza del Tar - ha detto Chiodi ai tecnici del Ministero - rischia di vanificare quanto di buono si è fatto finora in Abruzzo, una regione che nel giro di 12 mesi è riuscita a raggiungere quell'equilibrio finanziario costi/servizi che la Corte dei Conti ha chiesto a più riprese agli enti locali. Il Tar - ha chiarito ancora il presidente - ha una sua visione in punto di diritto ma questa opinione, per quanto autorevole e fondata, ha l'effetto di riportare indietro l'Abruzzo di tantissimi anni". Contro la sentenza del Tar la Regione si muoverà su un doppio binario: uno prettamente giudiziario con il ricorso al Consiglio di Stato, un altro politico-amministrativo per capire dal Governo gli effettivi poteri che sono in capo ai commissari sanitari. "Il governo studierà il da farsi ma non è una questione semplice, anche perchè bisognerà vedere ogni legislazione regionale che ha affrontato il tema sanità - ha concluso il Governatore - Resta l'amaro in bocca nel vedere potenzialmente vanificati i risultati straordinari raggiunti finora in Abruzzo".



TRUFFA ALLA ASL, VOLPE AI DOMICILIARI

Torna a casa. Seppure in regime di domiciliari, Liberato Volpe lascia il carcere di Foggia, dove era recluso dallo scorso 9 maggio. Lo ha reso noto il legale di fiducia, l'avvocato Mariano Principe del foro di Campobasso, dopo la decisione del tribunale della Libertà di Bari. Accolta l'istanza di riesame, la posizione dell'imprenditore isernino di 48 anni, presidente della cooperativa sociosanitaria Ccs, si alleggerisce di molto. Volpe era stato arrestato per truffa e falso ai danni della Asl di Foggia. La Guardia di Finanza di San Severo aveva anche sequestrato la sede legale della cooperativa, sita in via Libero Testa n. 15 a Isernia. Ma, dopo

circa una settimana, il giudice per le indagini preliminari del tribunale di Foggia, Carlo Protano, aveva disposto la restituzione dell'immobile. Grande la soddisfazione, umana e professionale, dell'avvocato difensore, ma anche dei tanti dipendenti della Ccs. «Dopo l'immediata restituzione dei beni sequestrati - ha dichiarato il noto legale - il provvedimento del tribunale di Bari rappresenta il secondo passo verso l'accertamento di una verità che, nelle notorie tempistiche processuali, non potrà che sancire l'estraneità del Volpe e della cooperativa a qualsiasi fatto di reato. Le straordinarie capacità del Volpe - continua Principe - che hanno portato la Ccs a pri-

meggiare nel settore dei servizi socioanitari con 460 dipendenti, hanno trovato riconoscimento anche da parte dei lavoratori che, in questo periodo, hanno espresso, con telegrammi e scritti, la loro solidarietà al presidente». Infine, una rassicurazione proprio ai lavoratori: «L'attività della Ccs - conclude l'avvocato campobassano - non ha subito né subirà interruzioni o rallentamenti, continuando ad assicurare i servizi agli oltre 20mila utenti sparsi nelle varie regioni». Prossime mosse in programma, l'acquisizione di tutti i documenti della Asl di Foggia, che serviranno alla difesa per dimostrare il diritto della cooperativa ad avere le spettanze contestate. **Pba**

LA PROPOSTA

Il gruppo composto dagli ex dissidenti è pronto e solido. Non mancherebbe anche qualche new entry, ma per ora resta ipotesi; se dovesse esserci davvero, una formalizzazione verrà fatta a tempo debito. Lo sostiene Amedeo Chiantese, il quale promette che ci saranno presto altri incontri per definire anche la possibile candidatura di uno del gruppo alla Regione. Che, ovviamente, tutti si aspettano essere proprio lui. «Siamo compatti, sicuri dei nostri obiettivi, e stiamo mettendo in atto tutti i passaggi necessari per poterci costituire come forza politica.» Scopo primario, rimane quello per cui, secondo i dissidenti, è stato imposto a De Vita di farsi da parte: risolvere al meglio e definitivamente la difficile situazione in cui versa il Caracciolo. Dopo la decisione del Tar, di sospendere tutte le azioni volte a impoverire l'ospedale di Agnone, pare che comunque le problematiche rimangano irrisolte e sempre più difficili da affrontare. In parole povere, l'ordinanza del Tribunale amministrativo regionale

IL GRUPPO DI MINORANZA: IL TUTTO ANDRÀ' SOTTOPOSTO ALLA REGIONE

Ospedale pubblico-privato

“Agnone Rinasce” insiste

se da una parte sta alimentando la speranza di salvezza, dall'altra, nei fatti, non ha allentato la tensione e le difficoltà che continuano costantemente ad esasperare il personale medico ed i pazienti. La proposta di Amedeo Chiantese rimane la stessa di qualche mese fa. La stessa che, in verità, non è mai stata accantonata e non ha mai smesso di far discutere anche in periodo di campagna elettorale. Si tratta della Sperimentazione gestionale, che è già affermata in molte regioni d'Italia, specialmente del Centro e del Nord. Si tratta di uno strumento per offrire adeguati spazi di collaborazione fra soggetti pubblici e privati, per superare gradualmente, attraverso processi moni-

torati, la rigidità del sistema di regolazione pubblica nel settore della sanità e introdurre in esso, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, strumenti e modelli gestionali di particolare successo. Il 51% della gestione resterebbe alla Asrem, e il rimanente 49% andrebbe ad un soggetto esterno. Quale, è da chiarirsi. «Sono tre le motivazioni per cui ci sembra la migliore e l'unica soluzione possibile - spiega il capogruppo - innanzitutto permette di uscire, una volta per tutte, dal Piano di rientro sanitario; poi rende la struttura più snella e indipendente dalle logiche concorsuali (ricavandone una libertà immediata); infine provoca un ritorno indiretto per la

Asrem, da utilizzare per investire sul territorio» Chiantese, ci sono molti privati interessati a 'riprendere' l'ospedale, e bisogna fare un'attenta valutazione. «La Sperimentazione gestionale va proposta alla Regione, che, con una delibera di giunta, delega la Asl all'elaborazione del bando con l'inserimento delle regole a cui i privati devono attenersi. Noi intendiamo sottoporre questa nostra soluzione all'attenzione degli organi competenti, nonché ai vari comitati che seguono le vicende sanitarie. Ci sarà, come in passato, un incontro pubblico volto ad illustrare la nostra scelta. Tentiamo una definitiva soluzione alla problematica del Caracciolo,



Amedeo Chiantese

dal momento che è ferma l'intenzione del governo nazionale chiudere i piccoli ospedali» Intanto, anche l'amministrazione entrante si prepara ad analizzare le strategie da mettere in atto per la sanità locale. A breve ci sarà un incontro informale tra i componenti e il dirigente amministrativo Giovanni Presutti, per definire ed illustrare ai nuovi amministratori, dettagliatamente e concretamente, la situazione attuale del Caracciolo. **A.M.**



CAMPOBASSO. Si saprà stamattina se il giudice fallimentare di Chieti ha deciso di riaprire o meno l'asta per l'acquisto dei 19 centri San Stefar in seguito alla nuova proposta - arrivata dopo l'aggiudicazione provvisoria decisa il 28 aprile scorso - del Policlinico Abano Terme che ha già in affitto le strutture di Villa Pini.

Intanto il gruppo 'Malzoni Neuromed' ha presentato un esposto-denuncia proprio su questa offerta considerata irrituale non tanto per il contenuto, quanto dal punto di vista formale. Secondo alcune indiscrezioni, nella lettera che segnala queste presunte irregolarità si

Secondo il gruppo Malzoni l'offerta del Policlinico ha turbato il clima sindacale San Stefar, in attesa del 'verdetto' il Neuromed presenta un esposto

fa riferimento ad una mail inviata da Chieti nel pomeriggio di venerdì scorso ad un sindacalista con l'annuncio della presentazione dell'offerta appena inoltrata. Il che, secondo la segnalazione, sarebbe irrituale e avrebbe turbato più che l'asta il clima sindacale che precedeva la trattativa sul contratto.

Se il magistrato teatino e il curatore del fallimento Villa Pini d'Abruzzo e San Stefar - a capo dell'ufficio di curatela è stata nominata l'avvocata romana Giuseppina Ivone - riterranno la proposta dell'imprenditore Nicola Petrucci meritevole di attenzione (ha rialzato del 10% il prezzo di 5,5 milioni posto a base d'asta, portando a 6 milioni il valore delle strutture) riapriranno la procedura per la definizione dell'acquisto dei centri di riabilitazione che in Molise danno lavoro a circa 90 dipendenti, tra fisioterapisti, infermieri e amministrativi) nelle due sedi di Campobasso e Termoli.

Nel caso, invece, la questione fosse considerata ormai chiusa oggi pomeriggio i rappresentanti molisani e abruzzesi dei sindacati Cgil, Cisl e Uil torneranno

alle 16 nella sede di Villa Pini per incontrare i vertici amministrativi di Malzoni, la cui delegazione è guidata da Raffaele Ianuale, e la curatela. L'argomento all'ordine del giorno è il piano industriale con cui la newco costituita dal laboratorio di Montevergine e l'Irccs di Pozzilli vuole rilanciare l'attività dei centri di riabilitazione, superstiti del crac di Vincenzo Angelini, l'ex re Mida della sanità privata abruzzese che fu il grande accusatore dell'allora governatore Ottaviano Del Turco e che alla fine fu arrestato anche lui nell'ambito dell'inchiesta scaturita dalle sue denunce. Comunque vada, per i dipendenti - che hanno vissuto un'odissea lunga due anni e sono arrivati a totalizzare anche 15 mesi di stipendi arretrati - e per i pazienti, molti dei quali assistiti al domicilio, si avvicina l'uscita dal tunnel. Sia che si definisca l'accordo con il Neuromed, da perfezionare entro il 28 maggio, sia che si riapra l'asta la prospettiva è di conoscere a breve il nuovo proprietario e di avviare una nuova fase professionale, all'insegna della serenità.

ppm

Giornata del sollievo, Iorio rappresenta le Regioni

Il presidente della Regione Molise Michele Iorio parteciperà oggi a Roma, alle ore 11.30, nell'Auditorium del Ministero della Salute in via Lungotevere Ripa n. 1, alla Conferenza Stampa di presentazione della "Decima Giornata Nazionale del Sollievo", promossa dal Ministero della Salute, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti.

Sarà Presente il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio e il Presidente della Fondazione Gigi Ghirotti, i Bruno Vespa.

Il Presidente Iorio, nella veste di Vice Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, oltre al suo intervento nel merito dell'iniziativa, consegnerà insieme al giornalista Bruno Vespa il Premio "Gerbera d'Oro 2011". Il Premio è stato istituito dalla stessa Conferenza delle Regioni e Province autonome e dalla Fondazione Gigi Ghirotti.

*Il governatore
molisano
alla conferenza
stampa di
oggi a Roma*



Sanità, immobili regionali venduti da società esterne

CAMPOBASSO – Il consigliere regionale del Pd, Michele Petrarola, ha presentato un'interrogazione a risposta scritta al commissario alla Sanità, Michele Iorio, e all'assessore ai Lavori pubblici, Luigi Velardi, sul conferimento degli incarichi per la vendita dei beni immobili regionali destinata alla copertura del debito. Nel documento, Petrarola chiede di conoscere "le motivazioni che inducono l'Asrem e il commissario ad acta a rivolgersi a società esterne, professionisti e tecnici, per l'alienazione di beni immobili regionali destinati alla copertura del debito sanitario regionale quando nell'organico della Regione Molise sono presenti professionalità in grado di assolvere a tali adempimenti" e di revocare, quindi, "il decreto numero 27 del 15 giugno 2010 in favore delle professionalità interne all'amministrazione regionale". Nel provvedimento, infatti, l'incarico è stato conferito alla Rpg Investimenti S.r.l., società operante nel settore della consulenza immobiliare avente sede a Ripalimosani, per un importo complessivo di 20mila euro oltre l'Iva, così come il direttore generale dell'Asrem, Angelo Percopo, con il provvedimento numero 511 del 18 aprile scorso ha avviato la procedura per il conferimento di incarico professionale per l'alienazione degli immobili di proprietà dell'Asrem per un importo a base d'asta di 95mila euro oltre l'Iva.

TERMOLI

X Giornata nazionale del sollievo

*Domenica all'hospice
il cortometraggio "Io ci sono"*

LARINO - L'Hospice Madre Teresa di Calcutta, in collaborazione con l'Associazione Hospice Madre Teresa di Calcutta onlus, presentano il cortometraggio curato dall'equipe dell'Hospice: "Io ci sono" Fragilità e forza nelle cure palliative. L'appuntamento è per domenica 29 Maggio nella Sala Conferenze Centro Servizi "Il Melograno" in Piazza dei Frentani dove alle 10,30 ci sarà l'incontro con Mario Melazzini, Presidente dell'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (AISLA). Seguirà alle 12 la Santa Messa celebrata da Monsignor Gianfranco De Luca, Vescovo della Diocesi di Termoli - Larino.

www.primapaginamolise.it

La Babele dei ticket tra le Regioni

di Marzio Bartoloni (da Il Sole-24 Ore)

Per farmaci, esami, visite e anche per il pronto soccorso gli italiani sono sempre più alle prese con una giungla di balzelli. Tra ticket, franchigie e una babele di esenzioni il proclamato universalismo delle cure del Ssn sta diventando sempre più uno slogan d'altri tempi.

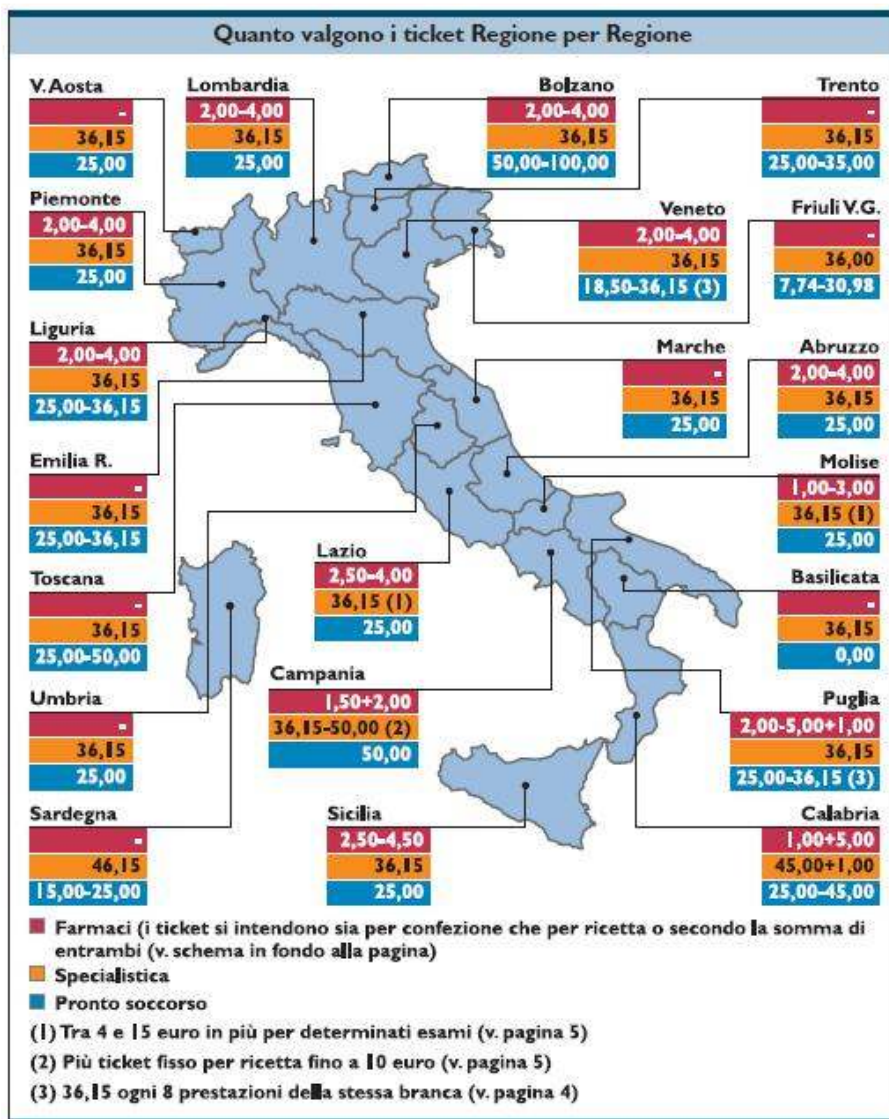
La realtà, invece, è uno spiccato fai-da-te regionale con regole e costi a carico dei cittadini che variano all'impazzata da un capo all'altro della Penisola. A pagare più di tutti sono quasi sempre i cittadini del Sud, già tartassati da Irpef e Irap regionali con aliquote più alte per colpa di bilanci sanitari sempre in rosso. E con la beffa poi di avere servizi in media più scadenti che al Nord.

La nuova fotografia del puzzle regionale dei ticket - pubblicata integralmente sull'ultimo numero de Il Sole 24 Ore Sanità (n.20) - arriva dall'Agenas (l'Agenzia dei servizi regionali) che ha monitorato come ogni anno le "tariffe" su specialistica e pronto soccorso. Mentre lo stato dell'arte sui farmaci è targato Federfarma, la Federazione delle farmacie.

In questa altalena dei ticket accade, a esempio, che i campani non esenti rischiano di pagare 50 euro in pronto soccorso se si scopre che il loro caso non era poi così urgente (il cosiddetto «codice bianco»). Lo stesso succede a Bolzano dove il conto può diventare ancora più salato arrivando addirittura a 100 euro se è necessario qualche esame in più. Molto più che in Friuli dove il ticket "minimo" per la visita in pronto soccorso è di 7,74 euro. Nel resto d'Italia la tariffa media è invece di 25 euro. In Puglia per una ricetta con due scatolette di farmaci siglata dal proprio medico di famiglia i non esenti versano ben 6,5 euro, quasi come i calabresi che ne spendono 6. Ticket pesanti sono attivi anche nel Lazio (4 euro a confezione per i farmaci oltre i 5 euro) e in Sicilia (4 euro per quelli fino a 25 euro e 4,5 se ancora più cari). A farvi ricorso per tenere a bada la spesa farmaceutica sono in tutto 12 Regioni, quasi tutte soggette ai piani di rientro. Le "franchigie" sulla specialistica (visite ed esami) sono infine di 36 euro in media, ma in Calabria, Campania e Sardegna superano i 50 euro. I lucani sono i più fortunati: per loro farmaci e pronto soccorso sono gratis.

Ancora più spiccata è poi la variabilità sulle esenzioni: qui l'estro regionale in materia fa sì che vi siano categorie contemplate in alcune Regioni e totalmente ignorate in altre; classi di invalidità che valgono più al Nord che al Sud e viceversa; pazienti cronici tutelati da una parte e dall'altra no.

In gioco non ci sono poche briciole visto che spendiamo oltre 4,3 miliardi per la compartecipazione alla spesa sanitaria. Una bella cifra tra l'altro sottostimata di almeno un miliardo: tante vale, secondo alcuni calcoli, l'evasione dei finti esenti. Ma anche sulla caccia ai "furbetti del ticket" ne uscito un nuovo puzzle regionale con un complicato rimpallo di responsabilità tra medici e Asl per capire a chi tocca verificare se il cittadino ha davvero diritto all'esenzione in base al reddito.



Mi piace

Registrazione per vedere cosa piace ai tuoi amici.

www.primapaginamolise.it

Corte dei conti: nel 2010 deficit sanitario in calo di quasi un miliardo L'anomalia Molise: flessione dei costi (2%) e dei ricavi (0,7%)

Il deficit 2010 è in netto calo rispetto agli anni precedenti: 2,326 miliardi lo scorso anno contro i 3,252 miliardi del 2009. E il merito, sottolinea la Corte dei conti nel capitolo sulla Sanità («Patto per la salute») del «Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica» presentato questa mattina, è dell'effetto dei piani di rientro che hanno decisamente ridotto la spesa nelle Regioni finora con i conti in rosso.

Certo, il Sud e il Lazio restano detentori di quasi tutto il deficit, ma i piani sembrano funzionare, mentre al contrario, anche se in misura non rilevante, aumenta il deficit di alcune Regioni del Nord che passano da 146 milioni di "rosso" del 2009 (di cui 106 della Liguria) ai circa 180 milioni 2010 (di cui 89 della Liguria).

Ma in questo caso, come in tutte le Regioni con i conti tradizionalmente a posto, sono già scattati i ripiani della maggiore spesa con risorse proprie, anche se la Corte sottolinea che alla data di chiusura del Rapporto, ancora i tavoli di monitoraggio della spesa (i risultati riportati sono riferiti a marzo 2011) non avevano terminato le verifiche e, quindi, il consuntivo finale non è ancora completo.

Tra i risultati regionali messi in risalto dalla Corte per la spesa sanitaria 2010, tre Regioni del Nord presentano tassi di crescita dei costi superiori al 2%. Tra le regioni con piano di rientro, cinque ottengono una riduzione dei costi rispetto al 2009 di oltre l'1,5 per cento. Solo Sicilia e Sardegna presentano una dinamica ancora crescente. A esse si aggiungono Piemonte e Puglia, che hanno sottoscritto un piano solo nel 2010.

Delle Regioni che hanno presentato una flessione dei costi, quattro hanno registrato una crescita delle entrate che rafforza il miglioramento del risultato complessivo. Solo il Molise alla flessione di oltre il 2% dei costi ha affiancato una riduzione dei ricavi dello 0,7%. Ma è il Lazio che, anche restando la regione con il risultato peggiore (-1.044 milioni), registra miglioramenti superiori alla media, sia dal lato dei costi che dei ricavi.

Piemonte e Puglia registrano variazioni dei costi superiori ai ricavi peggiorando il loro risultato complessivo che, nel caso del Piemonte, rimane tuttavia sempre positivo.

Tra le altre regioni, solo Umbria e Toscana presentano una flessione dei costi, rispettivamente dello 0,6 e al 2,2%. In entrambi i casi, tuttavia, a essa coincide nell'esercizio un quasi equivalente riduzione dei ricavi.

«La spesa sanitaria si rivela, nel consuntivo 2010, inferiore alle previsioni: le uscite complessive hanno raggiunto i 113,5 miliardi, inferiori di oltre 1.500 milioni al dato previsto per l'anno e riconfermato, da ultimo, lo scorso settembre, nel quadro di preconsuntivo contenuto nella Decisione di finanza pubblica. L'incidenza in termini di Pil si conferma, tuttavia, sui livelli del 2009, il 7,3 per cento, mentre è in crescita il peso sul complesso della spesa primaria», è il commento di Luigi Mazzillo, presidente di coordinamento delle Sezioni

Riunite in sede di controllo della Corte.

«Nonostante il numero delle regioni interessate da Piani di rientro salga da 8 a 10 - prosegue - il 2010 è l'anno in cui si riducono di quasi un terzo le perdite prodotte dal sistema, come frutto, principalmente, della contrazione dei costi registrata proprio in alcune regioni in piano di rientro. Si tratta di segnali incoraggianti per un sistema di responsabilizzazione delle regioni, fondato su un meccanismo di monitoraggio, attento sia a garantire la copertura dei disavanzi, che a prevedere interventi in grado di contrastare l'emergere di squilibri strutturali. Va peraltro ricordato che il 2010 è anche un anno segnato ancora dalla evidente difficoltà di definire con precisione, almeno in alcune regioni, i confini entro cui misurare il risultato economico delle aziende sanitarie: riaffiorano perdite del passato anche in realtà in cui si erano da poco compiuti complessi processi di riordino e di valutazione delle condizioni patrimoniali, accompagnati da interventi finanziari di rilievo.

Episodi che, ove ve ne fosse bisogno, pongono in maggior evidenza la necessità di poter contare al più presto su sistemi contabili omogenei e trasparenti, non solo nei criteri, ma nelle metodiche gestionali».

«Con la definizione dei costi standard in sanità - spiega Mazzillo - e con le altre modifiche introdotte con i decreti di attuazione del federalismo fiscale, si ha la sostanziale riconferma del modello frutto della sperimentazione gestionale sviluppata a partire dal 2000. In particolare, è riconfermato, nella sua configurazione attuale, il ruolo dei diversi tavoli di monitoraggio (Lea ed economico finanziario), così come è riconfermato il rapporto di questi con gli organismi politici e tecnici deputati al coordinamento. E' auspicabile che l'affinamento delle informazioni disponibili e l'arricchimento degli indicatori di qualità dei Lea, utilizzati per la valutazione delle performance dei servizi regionali, possano ora consentire, non solo di garantire un andamento equilibrato, ma anche di indurre modifiche e miglioramenti nella qualità delle prestazioni rese ai cittadini, convergendo su standard di qualità ottimali. Lo lascia sperare il fatto che la garanzia, in termini di risorse riconosciute alla sanità quale settore Lep, è efficacemente controbilanciata da un sistema di monitoraggio molto stringente».

Mi piace

[Registrazione per vedere cosa piace ai tuoi amici.](#)

SANITA': RAPPORTO, GIUNGLA DI TICKET ED ESENZIONI**PUBBLICATI DATI AGENAS SU COMPARTICIPAZIONE SPESA****ROMA**

(ANSA) - ROMA, 24 MAG - Giungla di ticket nel servizio sanitario nazionale: gli ultimi dati sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria confermano un labirinto regionale delle tariffe molto frastagliato. E' la fotografia dell'ultimo rapporto realizzato dall'Agenas, pubblicato sul Sole24Ore Sanità, che ha monitorato la compartecipazione dei cittadini su specialistica e pronto soccorso. Riguardo al ticket sul Pronto Soccorso, normalmente applicato sui codici bianchi non seguiti da ricovero, l'unica Regione a non applicarlo è la Basilicata. Per il resto è tutta una differenziazione. Ci sono Regioni (Piemonte, Val d'Aosta, Lombardia, Trento, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna) che hanno previsto solo l'applicazione della quota fissa nazionale, stabilita in 25 euro, mentre nella Provincia autonoma di Bolzano e in Campania la quota fissa arriva a 50 euro. Ma non è finita qui, perché in Veneto, Friuli Venezia Giulia, Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Calabria, oltre al pagamento della quota fissa, il cittadino compartecipa alla spesa anche per eventuali prestazioni diagnostiche di laboratorio, o altre terapie erogate in concomitanza con la visita al Pronto Soccorso. Per questi casi alcune Regioni (Bolzano, Liguria, Toscana, Puglia, Calabria) prevedono dei massimali del ticket. Infine Bolzano, Toscana e Sardegna prevedono il pagamento di una quota fissa anche sui codici verdi non seguiti da ricovero. Riguardo al ticket sulla specialistica, invece, la compartecipazione alla spesa è prevista da tutte le Regioni, con un importo massimo del ticket per ricetta fissato a livello nazionale a 36,15 euro. Importo modificato dalla Calabria (45 euro), dalla Sardegna (46 euro) e dalla Campania, in cui è previsto il pagamento di una ulteriore quota fissa pari a 10 euro. Non va infine dimenticato che oltre a questi ticket vanno aggiunti i diversi ticket sui farmaci, presenti in 12 Regioni, e che nel 2010 hanno portato nelle casse delle Asl, secondo Federfarma, 987,543 milioni. (ANSA).

Y23/

S04 QBKN