



## **RASSEGNA STAMPA Mercoledì 11 settembre 2013**

Certificazioni sanitarie, Fimmg chiede una circolare interpretativa  
DOCTORNEWS

Cure primarie e riordino ospedaliero in stallo: unica soluzione il Patto per la salute.  
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Come risparmiare oltre 80 milioni in una Regione in cinque anni razionalizzando i laboratori: proposta Agenas  
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Nomine, tutti gli imbarazzi della Lorenzin  
IL FATTO QUOTIDIANO

Quei fondi "dirottati" altrove  
IL SOLE 24 ORE SANITA'

**La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali**

## **Certificazioni sanitarie, Fimmg chiede una circolare interpretativa**

«Per non gravare cittadini e Servizio sanitario nazionale di ulteriori onerosi accertamenti e certificazioni, è soppresso l'obbligo di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale»: a pochi giorni dall'entrata in vigore, la certificazione obbligatoria prevista dal decreto Balduzzi è stata cancellata da questa disposizione contenuta nel "Decreto del fare", mentre continua a essere richiesta per l'attività sportiva non agonistica.

Secondo Federazione italiana medici di medicina generale, tutto questo apre uno scenario di grande confusione. «Per quanto riguarda l'attività ludico-motoria, è stata abolita l'obbligatorietà, però tutto il resto è vigente, – spiega Guido Marinoni, vicesegretario di Fimmg Lombardia e componente del Comitato centrale della Fnomceo – quindi, siccome probabilmente le palestre continueranno a richiedere i certificati, si tratta di un provvedimento sostanzialmente inefficace, che crea un'incertezza e una confusione che non sono opportune».

Inoltre, il fatto che gli elettrocardiogrammi per l'attività sportiva non agonistica siano lasciati alla discrezione del medico, apre un'altra problematica: «Gli ecg - chiarisce Marinoni - hanno il senso di andare a individuare situazioni asintomatiche, come la sindrome di Brugada o di Wolff Parkinson White, che il medico non può certo prevedere e quindi non si capisce come possa esercitare questa autonomia clinica; decidere di non effettuare l'esame elettrocardiografico potrebbe essere considerato un'imprudenza di cui poi dover rispondere». Da qui la richiesta di una circolare ministeriale interpretativa da parte del segretario della Fimmg, Giacomo Milillo, anche «per dare ai medici la certezza delle responsabilità che si assumono».

Marinoni non entra nel merito delle scelte operate dal ministero, ma fa osservare che «se rimane così non cambierà nulla, mentre è stato pubblicizzato il fatto che si tornava alla situazione precedente. Se quello era l'obiettivo, le modifiche apportate sono tecnicamente sbagliate, sarebbe bastato abolire l'articolo del decreto Balduzzi».

## **Cure primarie e riordino ospedaliero in stallo: unica soluzione il Patto per la salute. Audizione Agenas alla Camera**

Il risultato che doveva arrivare dalla riorganizzazione dei servizi, non è arrivato. Sono fermi il riordino delle cure primarie e quello ospedaliero. Ed è il Patto per la salute che dovrebbe intervenire su questi settopri, secondo il presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), **Giovanni Bissoni**, ascoltato davanti alle Commissioni riunite Affari sociali e Bilancio della Camera, durante l'audizione nell'ambito dell'indagine sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

La spending review ha avuto effetto di contenimento della spesa sanitaria per quanto riguarda alcuni fattori come il personale, ma su beni e servizi ha funzionato molto meno, ha spiegato Bissoni, puntando l'attenzione sulla necessità di affrontare alcune spese sanitarie secondo una logica di mercato, ovvero con una migliore organizzazione della domanda e con capitolati d'appalto in grado di mettere in relazione qualità e costi.

Serve una regia per definire l'esigenza di beni e servizi ed evitare, per la stessa siringa, prezzi diversi in diverse regioni. Il presidente dell'Agenas difende la scelta di rinunciare all'aumento dei ticket per 2 miliardi. Gravare sul ticket non sempre produce un vantaggio all'altezza delle aspettative. Con la precedente manovra da 800 milioni, l'incremento si è fermato alla metà, determinando una fuoriuscita dal pubblico verso il privato. Occorre però lavorare sul sistema esenzioni.

Quanto ai Piani di rientro, vanno superati perché hanno portato poche azioni di riordino e nelle Regioni sottoposte, non sono migliorati i livelli assistenziali, anzi sono spesso peggiorati. Il maggior problema italiano, d'altronde, è che siamo il paese europeo con maggiori dislivelli, ha concluso Bissoni citando un'elaborazione Oasi di dati Censis: l'82% dei cittadini del Nord Est è soddisfatto del servizio, mentre al Sud e nelle Isole lo è solo il 37 per cento.

## **Come risparmiare oltre 80 milioni in una Regione in cinque anni razionalizzando i laboratori: proposta dell'Agenas**

Arriva dall'Agenas la proposta di riorganizzazione della rete dei laboratori che contiene gli elementi per garantire, in linea con la congiuntura economica attuale, sia il contenimento della spesa, sia l'efficientamento e l'ammodernamento del sistema.

L'Agenas ha pubblicato lo studio sull'ultimo numero della rivista Monitor, il n. 33 e i contributi per la riorganizzazione della rete dei laboratori raccolti, presentano un'organizzazione a rete che prevede un'unità principale nell'HUB e un'unità produttiva per ogni Spoke, con un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 assistiti, per le attività a più larga diffusione, mentre, per le attività più specialistiche, quali quelle di microbiologia e virologia, è prevista la localizzazione presso l'HUB dell'area con un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 assistiti. I bacini d'utenza sono stati calcolati in relazione alle modifiche apportate dalla Legge 135/2012 per la programmazione dei posti letto e sui tassi di ospedalizzazione ottimali, nonché sulla previsione di esami appropriati per abitante. I risultati economici, abbinati a un miglioramento della qualità analitica e della appropriatezza derivanti dall'applicazione degli standard sopradescritti, e dalla creazione di reti coerenti, risultano certamente significativi. L'esempio che fa l'Agenas su Monitor è di razionalizzazione della rete in una grande Regione di, ad esempio, 4,8 milioni di abitanti. Con un bacino di utenza di 1,2 milioni di abitanti per ciascuna rete è necessario attivare quattro reti mentre se il bacino è di 0,6 milioni di abitanti è coperto da otto reti. Come termine di paragone si può considerare - spiega L'Agenas - che a seguito della chiusura di una decina di presidi ospedalieri minori in alcune Regioni in piano di rientro - e la relativa conversione in strutture territoriali - sono stati previsti dei risparmi nell'intervallo 80-120 milioni di euro, e con implicazioni per l'utenza e per gli operatori molto più alte della riconversione delle reti dei laboratori. Con la razionalizzazione dei laboratori L'Agenas stima nella Regione "tipo" risparmi da oltre 134 milioni a 52 milioni con le quattro reti e circa 109 milioni a 25,6 milioni con le otto reti.

«Una trasformazione di questa portata - commentano nel loro intervento Ragnar Gullstrand, esperto dell'Agenas e Fulvio Moirano, direttore generale dell'Agenas - anche se non visibile dagli utenti, richiede un processo di investimenti e di grandi cambiamenti per il personale esistente. È quindi necessario attivare un percorso specifico per il raggiungimento dell'obiettivo in circa cinque anni e con un forte elemento di "change management", prevedendo la riconversione graduale del personale medico, laureato sanitario e tecnico, utilizzando in modo innovativo gli spazi offerti dalle norme anche contrattuali. Riteniamo che si tratti di un lasso di tempo sufficiente per implementare il modello Agenas, ridisegnando una rete di laboratori efficiente e adeguatamente rispondente alle esigenze della popolazione».

### **Approfondimenti documenti**

- [Il numero 33 della rivista Monitor dell'Agenas](#)

# Nomine, tutti gli imbarazzi della Lorenzin

IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ SUGGERISCE AL MINISTRO LE DECISIONI DELICATE. OMBRE SU ALCUNI DEI NUOVI MEMBRI

## LE SCELTE

Confermato Zangrillo,  
il medico di Berlusconi,  
un professore è stato  
prescritto per corruzione,  
un altro è imputato  
per concorsi truccati

di **Stefano Feltri**  
e **Adele Fortino**

Il giorno dopo la nomina dei nuovi membri del Consiglio superiore di sanità per il prossimo triennio è sulla presenza femminile: solo 10 donne su 66 componenti, 7 vi siedono di diritto e 3 appena nominate dal ministro della Sanità **Beatrice Lorenzin**. "Ci sembrano poche tre donne su quaranta componenti nominati del Consiglio", Donata Lenzi, capogruppo Pd in commissione Affari sociali della Camera. Il nome che colpisce di più resta quello di **Alberto Zangrillo**, professore del San Raffaele che è anche il medico personale di Silvio Berlusconi. Lui precisa: "Sono nel Consiglio superiore di sanità dal 2009, sempre senza ricevere un euro". Zangrillo è il medico del Cavaliere dal 2002, posizione questa che gli è costata anche qualche incidente (non è riuscito a diventare rettore del San Raffaele per un soffio), e ha sempre spiegato che "un medico non dovrebbe mai essere valutato sulla base delle sue ideologie, ammesso che le abbia".

Nel Consiglio, dove la Lorenzin (Pdl) lo ha appena riconfermato per altri tre anni, ha un ruolo importante: guida la seconda sezione, quella che si occupa dell'accreditamento delle strutture sanitarie. Il Consiglio non prende decisioni operative, ma consiglia il ministro sulle politiche sanitarie, e difficilmente un politico può prescindere dal parere di quelli che sono considerati i più autorevoli medici del Paese. Che si tratti di stabilire quali cure devono essere coperte dal servizio sanitario nazionale (indimenticabile una discussione sulla *fish pedicure*, i pesci che mangiano la pelle morta dei piedi, pratica bocciata dal consiglio), di sigarette elettroniche o di cure controverse come quella Di Bella. Dei membri del consiglio è meglio guardare solo il curricu-

lum scientifico (e le pubblicazioni, basta un controllo sul motore PubMed) oppure si trovano sorprese antipatiche.

Si può scoprire per esempio che **Placido Bramanti**, detto Dino, neurologo dell'Università di Messina e direttore dell'Ircss Neurolesi per un periodo ha cumulado i due incarichi, nonostante la legge lo vietasse, prendendo una multa dalla Guardia di Finanza. Il tutto mentre gestiva anche un suo studio privato. La Procura di Messina lo ha indagato e poi archiviato. Anche il

professor **Gianfranco Gensini** ha avuto qualche problema, poi risolto, coi giudici: il 6 settembre scorso i giornali locali di Firenze, città in cui Gensini è stato preside di Medicina, davano notizia che una vecchia inchiesta partita da Bari nel 2002 per concorsi pilotati si era chiusa per il professore con l'archiviazione per le accuse di associazione a delinquere e di falso ideologico, mentre per il reato di corruzione è scattata la prescrizione. Un altro dei nuovi membri, l'ex sottosegretario **Adelfio Elio Cardinale** è invece ancora imputato a Bari in un'altra inchiesta su concorsi truccati (ed è marito dell'ex capo di gabinetto di Renato Schifani).

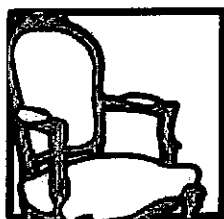
"Non dovete guardare la fedina penale, ma la provenienza geografica, possibile che i luminari stiano tutti a Roma?", maligna un membro del Consiglio. Il Lazio non ha certo la sanità migliore d'Italia, eppure la densità di professori romani è altissima. Forse perché è più facile essere nominati se si frequentano tanto i corridoi ministeriali. O perché stare a fianco del ministro è particolarmente importante in una Regione dove c'è tanta sanità convenzionata (e infatti la Lorenzin ha nominato anche **Giovanni Simonetti**, genero del signore delle cliniche **Giuseppe Ciarrapico**).

Ha collaborato **Paola Forcina**



Beatrice Lorenzin - Ansa





CORTE DEI CONTI/ Il Patto funziona: la spesa cala di 6 mld - Ma è allarme bilanci

# Quei fondi «dirottati» altrove

Troppe risorse destinate ad Asl e Ao finiscono sui settori a corto di liquidità

**L**a Sanità assorbe ancora quasi il 77% della spesa complessiva corrente delle Regioni, ma non ferma la sua lunga marcia per rientrare dai disavanzi, sostenuta dai meccanismi di monitoraggio e dal Patto per la salute. Eppure gli sforzi rischiano di essere vanificati da una tendenza pericolosa dei bilanci regionali: dirottare dalle risorse destinate alla Sanità per fronteggiare le esigenze di liquidità in altri settori. Una disastrosa di fondi che aumenta le difficoltà di Asl e ospedali a pagare i fornitori (si vedano le pagg. 4-5) e che la Sezione delle autonomie della Corte dei conti, nella Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni 2011-2011, non esita a bollare come «meccanismo contabile improprio». Che rischia di vanificare il tentativo di raddrizzare i conti della Sanità e di recuperare efficienza senza compromettere il livello delle prestazioni essenziali costituzionalmente garantite. Esempio, sostiene la Corte, il caso del Piemonte, «che ha cancellato dal bilancio» quasi 900 milioni di euro dovuti ai propri enti del servizio sanitario». O della Puglia (292 milioni) o del Molise, che ha distrutto 19 milioni sulla fiscalità destinata al Ssr per pagare le rate del prestito trentennale contratto con l'Economia.

Spostamenti che oscurano gli effetti positivi di manovre e razionalizzazioni. Il risultato di gestione del Ssn nel 2012, pari a 110,8 miliardi di euro, è infatti inferiore

di 2,7 miliardi alle previsioni. Per il secondo anno consecutivo, la spesa cala in valore assoluto rispetto al 2011 e smette di galoppare: gli incrementi medi, che viaggiavano al 2,7% nel 2007/2010, si sono ridotti allo 0,13% del 2010/2012. Di pari passo si riduce l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil, passata dal 7,3% del 2010 al 7,1% del 2012.

La Corte dei conti ricorda, citando le statistiche Ocse, che la Sanità italiana costa meno che altrove, per esempio in Francia, Olanda e Germania. Nonostante «margini di inefficienza ancora da recuperare»,

il suo problema non è endogeno ma dipende dal «quadro della finanza pubblica, condizionato da un pesante onere per il servizio del debito che, nel 2012, è stato pari a 86,7 miliardi, ossia al 78% dell'intera spesa sanitaria per quell'anno».

Dal 2000 al 2012 soltanto la spesa per la scuola è diminuita considerevolmente (dal 4,5% al 4,2% del Pil e dall'11,3% della spesa pubblica totale al 9,1%), mentre però la spesa sanitaria accresceva di un solo punto la sua incidenza sul Pil, quella di protezione sociale (pensioni, soprattutto) esplodeva (dal 17,3% al 20,4% del Pil

e dal 43,7% della spesa pubblica totale al 45%). Un andamento in parte «specchio» dell'invecchiamento della popolazione.

I progressi nella salute dei conti dei Servizi sanitari regionali sono innegabili. Le perdite sono scese a 2 miliardi contro i 3,23 del 2011 (-38%), soprattutto nelle Regioni con i piani di rientro. «Indice - nota la Corte - dell'efficacia del sistema introdotto dal Patto per la salute per il recupero dei disavanzi sanitari». Il 52,2% del disavanzo resta a carico delle Regioni in deficit (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia)

con i deficit più pesanti concentrati in Lazio (660,86 milioni) e Campania (156 milioni). Le Regioni autonome totalizzano il 44,2% dei disavanzi (la Sardegna in testa con 371 milioni di deficit). Tutte le altre hanno il 3,7% del deficit complessivo.

Ma dove e per cosa si spende? L'analisi della spesa corrente mostra il quadro: il settore in cui i risparmi sono stati più consistenti è come sempre, grazie ai terli e ai controlli, la farmaceutica convenzionata, l'unica col segno meno (-24% nel 2009/2012 e -9,1% nel 2010/2012). La

Le variazioni della spesa 2002-2012

Regione	Variazione assoluta 2002/12	2002/12	Variazione percentuale media				Regione	Variazione assoluta 2002/12	2002/12	Variazione percentuale media			
			2002/12	2002/06	2006/10	2010/12				2002/12	2002/06	2006/10	2010/12
Piemonte	2.492.771	42,60	3,60	6,30	3,20	-0,70	Marche	715.300	35,13	3,10	4,70	3,40	-0,90
V. d'Aosta	89.701	47,15	3,90	6,50	3,20	0,40	Lazio	3.529.664	47,87	4,00	9,40	1,20	-0,70
Lombardia	5.526.926	43,48	3,70	4,80	3,80	1,20	Abruzzo	512.564	28,17	2,50	4,90	1,40	0,10
Pa. Bolzano	269.974	31,37	2,80	4,30	1,90	1,40	Molise	192.773	43,10	3,60	7,10	2,90	-1,60
Pa. Trento	399.885	53,07	4,30	4,60	5,00	2,60	Campania	2.156.459	28,55	2,50	5,10	2,10	-1,40
Veneto	2.440.682	38,88	3,30	5,80	2,80	-0,40	Puglia	1.910.045	37,93	3,30	5,50	3,70	-2,00
Friuli V.G.	861.018	51,91	4,30	4,60	5,30	1,60	Basilicata	307.199	42,21	3,60	5,80	3,80	-1,00
Liguria	726.243	30,21	2,70	5,30	2,30	-1,70	Calabria	809.388	31,77	2,80	4,20	3,50	-1,30
Emilia R.	2.653.425	45,20	3,80	5,60	3,70	0,50	Sicilia	2.071.449	32,02	2,80	6,90	0,30	0,20
Toscana	2.038.179	40,77	3,50	5,50	3,40	-0,30	Sardegna	1.003.005	45,46	3,80	4,50	4,40	1,30
Umbria	452.878	38,13	3,30	5,30	2,70	0,50	Italia	31.159.528	39,45	3,40	5,80	2,80	-0,20

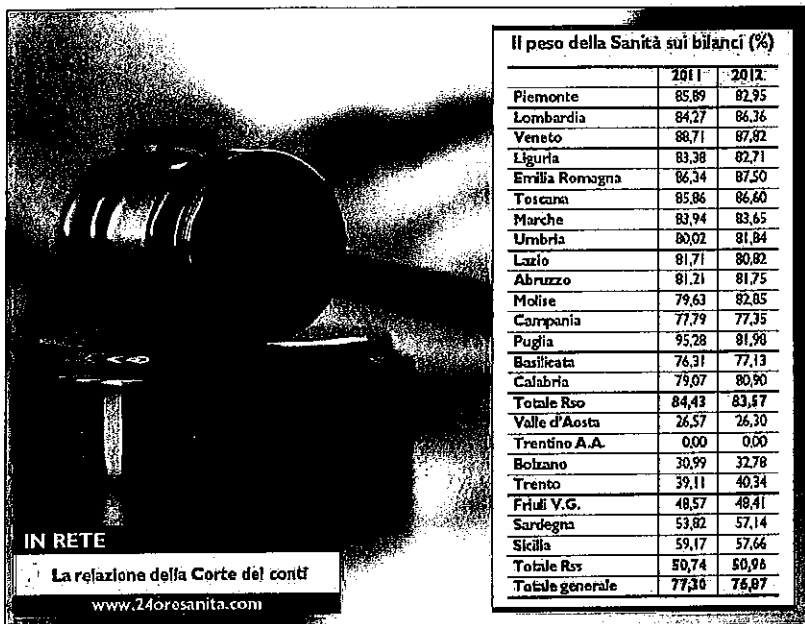
Fonte: Mef-Rgs - Igespes (Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Aggiornamento 2013)

La variazione 2002-2012 per le principali voci di spesa (migliaia di euro)

Regioni	Personale			Beni e servizi (senza farmaceutica)			Prestazioni da privato			Medicina di base			Farmaceutica convenzionata			Prodotti farmaceutici *		
	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione % media 2010/12	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione % media 2010/12	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione % media 2010/12	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione % media 2010/12	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione % media 2010/12	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione % media 2010/12
Piemonte	664,4	29,9	-1,5	624,5	56,7	1,0	552,9	54,1	-1,8	156,5	49,0	-	-121,2	-15,9	-9,0	439,3	219,9	2,1
Valle d'Aosta	26,6	30,7	-0,7	38,9	91,9	-2,0	11,1	78,8	10,3	5,9	60,1	3,9	-3,0	-13,4	-7,3	8,8	166,5	1,3
Lombardia	1.266,7	33,2	-0,5	1.315,4	61,7	3,7	2.294,7	77,2	0,5	261,8	40,4	0,2	-368,1	-21,1	-0,6	708,8	206,3	4,9
PA. Bolzano	231,9	68,1	2,0	-3,7	1,6	0,5	27,2	26,5	1,9	17,4	47,0	0,7	-25,8	-35,8	-13,3	37,5	156,7	6,1
PA. Trento	130,8	46,3	1,3	109,4	83,4	3,5	73,7	92,0	8,1	16,7	38,9	2,0	-2,1	-2,9	-4,4	22,2	91,9	5,0
Veneto	505,4	22,5	-0,4	728,0	52,8	2,5	562,5	52,2	-2,7	182,2	49,8	0,6	-193,3	-24,7	-10,9	375,5	158,9	3,6
Friuli V.G.	326,1	52,4	-0,2	370,5	114,3	7,4	128,6	87,6	1,7	37,4	40,2	1,5	-24,9	-11,2	-7,6	118,7	210,7	0,2
Liguria	256,5	29,7	-2,4	211,1	49,8	-3,0	177,0	84,4	-1,7	49,3	43,1	0,4	-112,5	-31,3	9,2	158,5	198,1	-0,1
E. Romagna	741,1	32,9	-0,1	675,5	54,8	2,9	465,9	59,3	2,1	209,4	66,2	1,4	-212,8	-27,3	10,9	360,1	135,5	1,0
Toscana	568,5	28,5	-1,1	644,2	61,9	-0,3	371,2	72,4	0,3	115,6	38,7	0,8	-176,9	-26,0	9,3	375,8	145,6	1,2
Umbria	136,0	28,4	0,1	143,6	57,0	1,3	72,8	62,4	0,7	25,0	36,9	1,4	-26,5	-15,9	-5,3	78,7	139,1	4,1
Marche	208,5	26,0	-1,5	167,9	43,0	-3,7	187,7	97,5	8,4	44,5	34,3	1,9	-74,6	-24,0	-9,0	165,8	182,5	2,7
Lazio	731,0	33,7	-2,9	1.113,4	107,5	-0,8	869,0	44,9	-	219,2	55,4	3,2	-312,7	-25,1	-11,6	618,0	417,8	4,5
Abruzzo	116,0	17,9	-1,5	207,4	68,4	4,6	44,0	13,5	3,2	38,6	33,9	0,6	-64,7	-22,5	-8,0	106,4	154,3	4,5
Molise	30,0	17,2	-2,5	37,8	48,7	-1,1	90,6	140,6	-	22,5	78,3	1,3	-22,8	-31,9	-8,7	29,5	216,3	10,8
Campania	436,5	17,4	-4,4	567,0	59,3	-0,1	604,6	38,5	0,1	131,2	25,2	0,4	-363,8	-28,9	-8,5	523,4	240,3	3,7
Puglia	393,3	23,8	-3,4	498,4	63,8	-0,7	515,5	51,1	-1,8	206,7	67,5	1,8	-215,7	-25,3	-14,3	473,2	320,6	7,0
Basilicata	101,3	36,2	-1,5	60,0	42,6	0,5	82,0	109,6	-1,9	27,4	51,7	-1,4	-49,1	-37,4	-12,0	57,2	224,2	4,7
Calabria	176,9	16,9	-2,7	179,6	58,5	-0,7	180,3	45,5	0,2	64,2	34,9	-	-119,2	-25,9	-12,2	181,9	279,7	9,4
Sicilia	656,2	29,2	-1,2	395,8	51,6	2,7	817,0	70,1	2,7	170,1	40,6	0,6	-319,8	-26,7	-7,3	415,0	280,9	7,3
Sardegna	284,8	32,1	0,4	295,9	79,2	5,1	186,7	71,4	3,3	59,5	42,6	1,1	-8,4	-2,5	-9,7	170,7	176,0	-0,2
Italia	7.988,1	28,9	-1,5	8.380,7	62,5	1,4	8.315,0	59,2	0,3	2.061,2	44,8	0,9	-2.818,1	-23,8	-9,1	5.424,9	210,9	3,7

(\*) Spesa ospedaliera e distribuzione diretta.

Fonte: Corte dei conti 2013



## Il peso della Sanità sui bilanci (%)

	2011	2012
Piemonte	85,89	82,95
Lombardia	84,27	86,36
Veneto	88,71	87,82
Liguria	83,38	82,71
Emilia Romagna	86,34	87,50
Toscana	85,86	86,60
Marche	83,94	83,65
Umbria	80,02	81,84
Lazio	81,71	80,82
Abruzzo	81,21	81,75
Molise	79,63	82,85
Campania	77,79	77,35
Puglia	95,28	81,98
Basilicata	76,31	77,13
Calabria	79,07	80,90
Totale Rso	84,43	83,57
Valle d'Aosta	26,57	26,30
Trentino A.A.	0,00	0,00
Bolzano	30,99	32,78
Trento	39,11	40,34
Friuli V.G.	48,57	48,41
Sardegna	53,82	57,14
Sicilia	59,17	57,66
Totale Rss	50,74	50,96
Totale generale	77,36	76,87

## Il risultato 2012 prima e dopo le coperture (milioni di euro)

Regioni	Risultato di esercizio da Ce	Risultato da verifiche tavolo tecnico	Coperture	Avanzo/ disavanzo dopo copertura tavolo tecnico
Piemonte (1)	-118,14	-994,05	130,00	-864,05
Lombardia	8,86	8,76	-	8,76
Veneto	6,12	1,05	-	1,05
Liguria	-70,53	-57,48	112,31	54,83
Emilia R.	-34,91	-14,70	35,00	20,30
Toscana	-31,70	-52,47	63,00	10,53
Umbria	8,89	13,36	-	13,36
Marche (2)	29,86	-59,47	59,55	0,08
Lazio	-650,94	-660,86	808,68	147,82
Abruzzo	53,99	5,00	42,04	47,04
Molise (3)	-30,45	-88,26	21,81	-66,44
Campania	-119,59	-156,09	232,98	76,89
Puglia (4)	-41,02	-333,02	-	-333,02
Basilicata (5)	-17,23	-16,00	25,00	9,00
Calabria (6)	-69,93	-314,39	114,22	-200,17
Sicilia	-19,41	-54,05	293,29	239,24
Totale	-1.996,13	-2.772,66	1.937,88	-834,77

(1) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -111,045 milioni di euro. Il risultato finale comprende il disavanzo accertato dal Tavolo tecnico da totale dei crediti ridotti e non reimpegnati sul bilancio regionale (-893 mln di euro).

(2) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -29,009 milioni di euro. Il risultato finale comprende la situazione debitoria dell'Inra, pari a -88,479 milioni di euro.

(3) Il risultato di esercizio rettificato - oltre rettifiche contabili e rischi per -306 milioni - comprende perdita 2011 non coperta (-35,74) e distruzione risorse per copertura del prestito da rimborsare al Pref (-19,00).

(4) Il risultato di esercizio rettificato comprende risorse del Ssr per 292 milioni di euro destinate dal bilancio regionale.

(5) Il risultato di esercizio rettificato comprende la perdita 2011 portata a nuovo di 8,5 milioni di euro.

(6) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -71,95 milioni di euro, considerando le rettifiche relative a contributi vincolati Fsn, mobilità extra regionale, somma risultati di gestione di aziende in utile. Il risultato finale considera il debito 2007 e ante (-110 milioni) ancora da pagare. I disavanzi 2008 (-62,12 milioni) e 2009 (-88,467), l'avanzo 2011 (+16,149). Il risultato così determinato è al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non stanzati degli anni pregressi, che Tavolo e Comitato si sono riservati di esaminare successivamente.

Fonte: elaborazioni della Sezione delle autorisole della Corte dei conti su dati da verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, e delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza.

spesa per il personale dal 2000 è aumentata del 29%, anche se nell'ultimo triennio esorbitante milanta (-1,5%). Quella per beni e servizi è cresciuta del 62,5%, attestandosi su un aumento medio dell'1,4% nel triennio 2010/2012. Per le prestazioni erogate dal privato accreditato nel 2012 si è speso il 59% in più rispetto al 2000, con valori molto alti in Lombardia (questa voce rappresenta il 39% della spesa corrente) e in Lazio (25,7%) e un aumento medio dello 0,3% nel 2010/2012. Più contenuto l'incremento della spesa per la medicina di base (+44,8% dal 2000 al 2012 e

+0,9% nell'ultimo triennio).

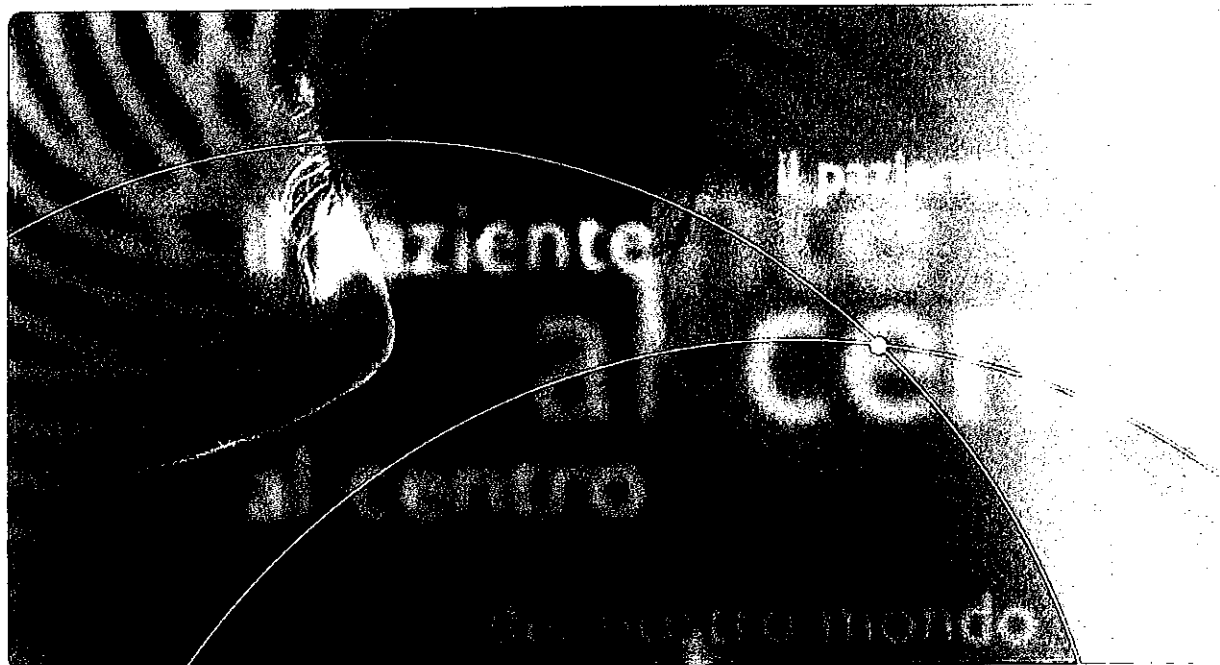
Ma i dati medi nascondono grandi differenze regionali. Come emerge dai dati di rendiconto finanziario delle Regioni, negli ultimi tre anni la maggiore riduzione di spesa c'è stata in Piemonte (in media -15,25%), che però sconta forti criticità proprio nella gestione delle passività delle somme dovute agli enti Ssr. All'altro capo del filo c'è il Molise, con il ritmo di crescita più alto (+11,46%), seguito da Calabria e Campania.

Nel complesso rispetto al 2010 la spesa complessiva per il comparto Sanità si

dovrebbe ridurre di quasi 13 miliardi entro il 2014. Se nel complesso le fonti di finanziamento delle Regioni teagono, l'aumento delle imposte regionali (Irap e addizionale Irpef) previsto nelle Regioni con gli squilibri nei conti sanitari, ha però penalizzato proprio i territori più deboli e più poveri. E l'impatto delle azioni contro l'evasione fiscale è minimo: non supera l'1% del gettito tributario complessivo riscosso a livello regionale.

Manuela Perrone

© RINNOVARE RISERVATA



IL PAZIENTE

DEL NOSTRO MONDO



www.mundipharma.it

