



Rassegna Stampa del 11.01.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidianosanità.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Spesa sanitaria. Nel 2010 superati i 111 miliardi (7,2% del Pil). Ma il deficit cala del 28,5%

Lo sottolinea la [Relazione generale sulla situazione economica del Paese](#) presentata da Monti. Si attenua la dinamica di crescita (solo + 0,9% rispetto al 2009) e cala anche il disavanzo (- 926 milioni). In aumento specialistica e assistenza convenzionata. Scendono farmaci e riabilitazione.

10 GEN - La spesa del Ssn nel 2010 ha raggiunto la cifra record di 111,168 miliardi di euro pari al 7,2% del Pil. Lo rileva la Relazione generale sulla situazione economica del Paese del ministero dell'Economia presentata al Parlamento a fine anno da **Mario Monti** in qualità di presidente del Consiglio e di ministro dell'Economia e delle Finanze.

Da sottolineare, però, che rispetto al 2009 l'incremento è stato modesto (0,9%) a conferma di una tendenza alla stabilizzazione della spesa sanitaria che dovrebbe riguardare anche il 2011. Nel biennio precedente 2008/2009, infatti, la spesa era aumentata del 2,9% e prima (2007/2008) del 3,2%, per raggiungere il + 4,2% nel raffronto 2006/2007.

Anche il rapporto finanziamento spesa tende verso il positivo, pur rimanendo un evidente disavanzo che nel 2010 è stato pari a 2,326 miliardi di euro, quasi mille miliardi in meno (- 28,5%) però rispetto ai 3,252 di buco del 2009. La spesa media pro capite nazionale nel 2010 è stata di 1.842 euro e come sempre si riscontra un'ampia variabilità, passando dal valore minimo di 1.690 euro della Sicilia ai valori massimi, oltre i 2000 euro di Bolzano, Valle d'Aosta, Trento, Liguria e nel meridione del Molise.

Le voci di spesa

Il personale. La spesa ammonta a 36,618 miliardi, pari al 33,1% del totale, con un incremento dell'1,2% rispetto al 2009. Incremento dovuto soprattutto agli oneri per i contratti relativi al biennio 2008/2009 ma sottoscritti nel 2010 ed altre clausole contrattuali in qualche modo retroattive.

Beni e altri servizi. La spesa è stata di 32,911 miliardi, pari al 29,8% del totale, con un incremento dello 0,2%. Sul contenimento della spesa ha inciso positivamente il rafforzamento della distribuzione diretta dei farmaci e le altre misure sulla spesa farmaceutica ospedaliera. Tra i fattori che sospingono la spesa invece resta l'allarme per l'elevato costo dell'alta tecnologia.

Medicina generale convenzionata. La spesa è stata di 6,538 miliardi, pari al 5,9% del totale, con un incremento del 2,8%. Anche in questo caso l'aumento è legato ai rinnovi contrattuali.

Farmaceutica convenzionata. La spesa si è assestata a 10,936 miliardi, pari al 9,9% del totale, con un calo dello 0,6%, grazie soprattutto all'aumento della distribuzione diretta.

Specialistica convenzionata e accreditata. La spesa di quest'area, che comprende assistenza specialistica da convenzionati Sumai, da ospedali classificati, Irccs privati, policlinici privati e da altri operatori accreditati, è stata di 4,326 miliardi, pari al 3,9% del totale, con un incremento del 6,1%, che viene addebitato sia al rinnovo delle convenzioni ma anche alla crescita di alcune prestazioni ambulatoriali che non vengono più erogate in ambito ospedaliero perché ritenute inappropriate.

Riabilitativa accreditata. La spesa è stata di 1,971 miliardi, pari al 1,8% del totale, con un decremento dello 0,4% che viene addebitato soprattutto a riclassificazioni contabili.

Integrativa e protesica convenzionata e accreditata. La spesa è stabilizzata su 1,869 miliardi (+ 0,1%), pari

all'1,7% del totale..

Altra assistenza convenzionata accreditata. In questa voce ritroviamo le cure termali, la medicina dei servizi, l'assistenza psichiatrica, agli anziani, ai tossico dipendenti, agli alcolisti, disabili e comunità terapeutica. La spesa è stata di 6,296 miliardi, pari al 5,7% del totale, con un incremento del 5,2%. Anche in questo caso però l'incremento è addebitato a questioni di riclassificazione contabile.

Ospedaliera accreditata. Comprende gli acquisti di assistenza ospedaliera da ospedali classificati, Irccs privati, policlinici universitari privati e case di cura private. La spesa totale è stata di 8,992 miliardi, pari all'8,1% del totale, con una crescita pari all'1,9%.

Intramoenia

L'attività libero professionale svolta in regime di intramoenia presenta nel 2010 un saldo attivo di 74 milioni di euro, dovuto alla differenza tra i ricavi di 1,130 miliardi incassati dalle Asl per le prestazioni erogate e i 1,056 miliardi di spese sostenute (compensi ai medici e all'altro personale sanitario).

Il finanziamento del Ssn

Il finanziamento complessivo nel 2010 è stato pari a 108,842 miliardi di euro. Il rapporto con il Pil si è attestato al 7% in linea con quello del 2009. A livello pro capite il finanziamento medio è stato di 1.804 euro, con differenze notevoli a livello territoriale. Si passa infatti da un minimo di 1.701 euro in Campania ad un massimo di 2.267 euro in Valle d'Aosta.

Le addizionali Irap e Irpef regionali per il finanziamento della sanità

La stima degli introiti delle due voci effettuata dal ministero dell'Economia e delle Finanze fissa in 36,874 miliardi la cifra raccolta, pari a 611 euro procapite, con un decremento rispetto al 2009 del 6%. Gli incassi più elevati a Bolzano in Lombardia con 934 euro a testa, i più bassi in Calabria con 122 euro procapite.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Ritardi pagamenti Asl. Rimondi (Assobiomedica): “Il Governo intervenga”

Per il presidente di Assobiomedica “è assurdo, per esempio, che in Toscana l’Asl 1 di Massa Carrara paghi a 670 giorni mentre l’Asl 11 di Empoli paga a 164 giorni”. Appello al Governo “ad avviare verifiche mirate sulla gestione delle singole strutture ospedaliere”.

10 GEN - Se Calabria, Campania, Lazio e Puglia non è una novità che siano in ritardo con i pagamenti alle aziende produttrici di dispositivi medici, risulta anomalo che Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto e Toscana abbiano strutture virtuose che pagano a circa 100 giorni e altre che toccano addirittura i 600 giorni. Lo rivela il Centro Studi di Assobiomedica, l'associazione di Confindustria dei produttori del settore biomedico e diagnostico, che ha elaborato uno studio sulle singole Asl e strutture ospedaliere del Paese [già pubblicato sul nostro giornale nei giorni scorsi](#). Maglia nera, ricordiamo, all'Azienda Sanitaria Locale di Napoli 1, all'Azienda ospedaliera San Sebastiano di Caserta e all'Azienda provinciale di Crotone per i tempi di pagamento ai fornitori di prodotti e servizi sanitari: 1.876, 1.414 e 1.335 rispettivamente i giorni di ritardo accumulati da queste strutture. Ma è altrettanto grave il ritardo dell'Asl Roma E (822 giorni), dell'Asl 6 di Ciriè di Torino (510 giorni), dell'Asl di Forlì (509 giorni), e dell'Asl 12 Veneziana (477 giorni).

“L'anomalia più evidente – ha dichiarato il presidente di Assobiomedica, Stefano Rimondi – è trovare, all'interno della stessa Regione, strutture che mostrano attenzione ai tempi di pagamento e altre in cui la situazione è fuori controllo. È assurdo che in Toscana, per esempio, l'Asl 1 di Massa Carrara paghi a 670 giorni mentre l'Asl 11 di Empoli paga a 164 giorni. Auspichiamo che questo nostro studio sproni il Governo ad avviare verifiche mirate sulla gestione delle singole strutture ospedaliere con l'obiettivo di individuare sprechi e inefficienze che danneggiano la Sanità e quindi la tutela della salute del cittadino. Risolvere il problema dei ritardi nei pagamenti dovrebbe rientrare nelle priorità del Governo perché l'industria della salute rischia il collasso quando potrebbe diventare un motore di sviluppo per il Paese”.

L'osservatorio di Assobiomedica ha distinto tre tipologie di comportamento delle Asl nei confronti dei fornitori di prodotti e servizi: quelle che mostrano attenzione ai tempi di pagamento e impegno affinché questi non siano eccessivamente gravosi per i fornitori; quelle che non mostrano altrettanta attenzione e impegno; altre dove la situazione è fuori controllo. Si tratta in particolare, oltre a quelle sopracitate, dell'Azienda ospedaliera Federico II di Napoli (1.321 giorni), dell'Azienda ospedaliera di Cosenza (1.257 giorni). Oltre a Calabria, Campania, Lazio e Puglia la situazione è estremamente delicata anche in alcune strutture ospedaliere del Veneto, del Piemonte, della Toscana e dell'Emilia-Romagna. In Veneto per esempio si va dai 446 giorni dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona ai 515 giorni dell'Asl 14 di Chioggia, mentre l'Asl 9 di Treviso paga a 150 giorni. Fenomeno simile in Emilia Romagna: l'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena paga a 480 giorni, mentre l'Asl di Parma paga a 172 giorni. Stesso vale per il Piemonte, dove l'Asl 11 di Vercelli paga a 185 giorni e l'Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità di Novara paga a 425 giorni.

Secondo i dati di Assobiomedica rientrano invece tra le Regioni virtuose la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia e il Trentino Alto Adige, dove i tempi medi di pagamento sono rispettivamente di 99, 101 e 90 giorni.

“Rispetto ad Asl così in ritardo – ha concluso il Presidente Rimondi – non è eccessivo domandarsi per quanto ancora le imprese avranno la capacità di partecipare alle gare e soprattutto di garantire le forniture alle aziende sanitarie”.

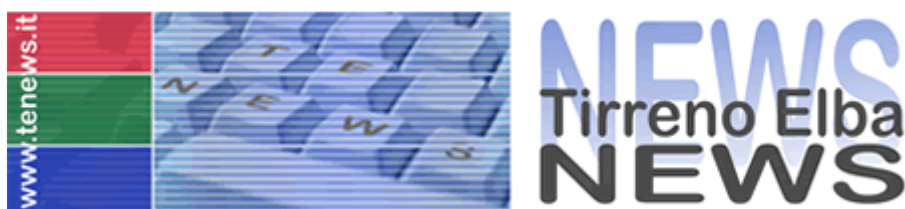
quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Piemonte. Piano di rientro. Morgagni: “A marzo recupereremo spettanze del 2004”

Il direttore della Sanità piemontese, Sergio Morgagni, tranquillizza i sindacati preoccupati dopo la [boccatura dei Ministeri di Salute ed Economia](#) nella verifica trimestrale sull'andamento del Piano di rientro dal deficit sanitario.

10 GEN - “L'accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia – ha affermato Morgagni in una nota - è di rivedersi a marzo, quando valuteremo i conti del quarto trimestre 2011”. La Regione Piemonte deve recuperare attraverso il piano di rientro un ammontare pari a circa 500 milioni di euro relativo all'esercizio 2004: di questo ammontare nel corso del 2011 è già stato erogato alla Regione Piemonte il 40% (200 milioni di euro) grazie alla credibilità del Piano e alle azioni messe in campo. Il rimanente 60% verrà erogato in base al raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro stesso. “A dicembre – continua Morgagni - tecnicamente eravamo in disequilibrio perché ci eravamo impegnati a ridurre i costi di 150 milioni di euro e in realtà, dai conti del terzo trimestre, emergeva una proiezione di riduzione per l'anno di 100 milioni di euro; un risultato comunque apprezzato dai Ministeri. Non avendo ancora approvato il bilancio di previsione per il 2012, nell'ambito del quale la Regione Piemonte si impegna a mettere la differenza, tecnicamente eravamo in quel momento in disequilibrio. Motivo per cui non è stato possibile da parte del Ministero erogare la quota parte del finanziamento relativo al 2004 che ci verrà data quando ritorneremo a marzo a Roma con i conti definitivi del 2011 e soprattutto con la copertura da parte della Regione di quel disavanzo: copertura che è già stata prevista con apposito comma dell'esercizio provvisorio per l'anno 2012”. “Tutto ciò era già noto da almeno un paio di mesi e lo avevamo pubblicamente annunciato”. Si sta lavorando anche per il sociale: “Con il ministero – conclude Morgagni - si è esaminata la possibilità di rivedere il cronoprogramma ridefinendolo entro marzo; abbiamo informato inoltre che il nuovo Piano socio sanitario potrà rendere strutturali alcune delle misure adottate in piano di rientro stesso”.



Ultimo ok nella commissione Sanità, oggi le nomine nelle Asl toscane

Dopo il parere favorevole dell'organismo consiliare presieduto da Marco Remaschi (era all'Elba nel giorno della manifestazione) è il giorno della firma da parte del governatore Rossi

DIRETTORI GENERALI

Nuove nomine nella sanità toscana. Riguardano la direzione generale dell'assessorato, gli Estav Centro e Sud Est, l'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e le Asl 2 di Lucca, 6 di Livorno, 9 di Grosseto. La comunicazione, come prassi, è stata fatta stamani dall'assessore al diritto alla salute Daniela Scaramuccia alla Quarta Commissione del Consiglio Regionale – presieduta da Marco Remaschi (il consigliere del Pd che è intervenuto all'Elba all'incontro con i comitati nel giorno della manifestazione) che ha espresso parere favorevole.

Oggi il presidente Enrico Rossi firmerà il decreto con le nuove nomine. I nuovi direttori assumeranno gli incarichi il 12 gennaio. Beatrice Sassi, attuale direttore generale della direzione “Diritti di cittadinanza e coesione sociale”, andrà a dirigere l'Estav (Ente per i servizi tecnico amministrativi di Area Vasta) Centro. L'attuale direttore generale dell'Estav Centro, Monica Piovi, si sposterà invece a Siena, per dirigere l'Estav Sud-Est (al posto del direttore in scadenza, Francesco Izzo). Beatrice Sassi assumerà anche il ruolo di coordinatore dei tre Estav, previsto dalla nuova Finanziaria della Regione per garantire l'interscambio e l'ottimizzazione delle risorse.

A ricoprire il posto di direttore generale della direzione “Diritti di cittadinanza e coesione sociale” è stato chiamato Edoardo Majno, attuale direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi. Al suo posto andrà Valtere Giovannini, che di Careggi è attualmente il direttore sanitario. Alla guida della Asl 2 di Lucca, al posto dell'attuale direttore in scadenza, Oreste Tavanti, andrà Antonio D'Urso, finora direttore sanitario della Asl 4 di Prato. Mentre nelle Asl 6 di Livorno e 9 di Grosseto vengono confermati gli attuali direttori generali: Monica Calamai a Livorno e Fausto Mariotti a Grosseto.



GOVERNO E REGIONI: NUOVO PATTO PER LA SALUTE

10-01-2012 16:37

Dal 10 gennaio 2012, "sia la componente politica che la componente tecnica del tavolo, si dedicheranno alle macro-aree del nuovo Patto per la Salute del triennio 2013-2015". Le prime anticipazioni sono arrivate dal Ministro della Salute **Renato Balduzzi**, a dicembre, dopo il secondo incontro tra il Governo e la Conferenza delle Regioni per la definizione del nuovo Patto. In quella occasione, il Ministro e le Regioni hanno tracciato un primo quadro di proposte.

Nell'agenda si prevede tra i punti principali la garanzia e l'aggiornamento dei Lea nel contesto del quadro di compatibilità economico-finanziaria; la rimodulazione dei criteri di compartecipazione alla spesa farmaceutica; le procedure di monitoraggio e controllo della spesa per beni e servizi; il riordino della medicina generale; la definizione degli standard dimensionali e organizzativi della spesa sanitaria.

Nella prima bozza di lavoro, che il Ministro ha invitato a considerare prudentemente come un documento di "ipotesi", sono delineati i punti sui quali si può intervenire per modificare la manovra di luglio tramite l'intesa che Regioni e Ministero della Salute dovranno sottoscrivere entro il 30 aprile 2012 e che dovrebbe essere assorbita nel nuovo Patto.

Il quadro del finanziamento del Ssn ammonta a 106.905 miliardi di euro per il 2011, 108.780 per il 2012, 109.294 per il 2013 e 110.786 per il 2014. Sulla base del fabbisogno, si tratta di assumere decisioni condivise per attuare la manovra di luglio sulla sanità prevista in 2,5 miliardi per il 2013 e 5 miliardi per il 2014, per un risparmio complessivo quindi di 7,5 miliardi.

Sui livelli essenziali di assistenza invece, visto che il Dpcm del 2008 non è mai entrato in vigore e che quello del 2001 non corrisponde più alla pratica assistenziale effettivamente garantita dalle regioni, si dice semplicemente che "il tema del loro aggiornamento va risolto e affrontato".

Il documento si concentra in particolare sulla spesa farmaceutica e i ticket. E' già stata portata all'attenzione delle regioni l'ipotesi elaborata dall'Aifa, che prevede una rimodulazione dei due tetti: quello cioè della farmaceutica territoriale, che si abbasserebbe al 12% (con onere dello sfondamento a carico della filiera) e quello della farmaceutica ospedaliera, che si innalzerebbe al 3,6% (con onere dello sfondamento a carico della filiera per il 35% e delle regioni per il 65%). Per incrementare l'appropriatezza dell'uso dei farmaci, si pensa di rendere più stringente il funzionamento dei registri dei farmaci e l'attivazione di procedure per avere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche.

Per quanto riguarda i ticket invece l'idea è di intervenire per reimpostare in modo unitario tutta la tematica della partecipazione alla spesa e delle esenzioni, per garantire un introito aggiuntivo di 2 miliardi di euro a partire dal 2014. Le misure dovrebbero quindi assorbire le forme di partecipazione alla spesa già vigenti in campo nazionale, le economie connesse al ticket da 10 euro per ricetta per le prestazioni specialistiche, e introdurre elementi di maggiore equità sociale graduando la partecipazione e le esenzioni in funzione del reddito equivalente del nucleo familiare.



Giampilieri, esenzione dal ticket sanitario per gli abitanti fino al 31 ottobre 2012

PUBBLICATO DA [CENTONOVE](#) · 10 GENNAIO 2012 ·

MESSINA. E' stato pubblicato sulla Gazzetta ufficiale della regione siciliana, n°1 del 5 gennaio 2012, il decreto dello scorso 19 dicembre, con il quale l'Assessorato regionale alla salute ha prorogato al 31 ottobre 2012 i termini di scadenza dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria per i residenti nei villaggi del Comune di Messina, interessati dall'alluvione del 1 ottobre 2009. Avere diritto sono i cittadini per i quali il Comune di residenza ha rilasciato apposita attestazione sulla base del requisito per l'accesso al diritto, come riconosciuto dall'assessore regionale alla salute, con nota n. 13459 del 14 dicembre 2009, seguita al decreto assessoriale n. 2816/09, consistente nell'aver dovuto abbandonare la propria residenza su disposizione sindacale o nell'aver subito un danno alla propria persona o alle proprie cose. Il Decreto fa seguito alla proroga al 31 ottobre dello stato di emergenza, secondo il DPCM del 22 settembre, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana n°225 del 27 settembre 2011.

IL SECOLO XIX

Asl, tetto di spesa anche sugli esami

Alberto Parodi
Emanuele Rossi

Savona - Il prossimo passo è il “budget personale” anche per gli esami. Lastre radiologiche, risonanze magnetiche, esami del sangue, visite specialistiche. Tutto schedato se svolto all’interno della Asl o in strutture convenzionate. Per il paziente, ma soprattutto per i medici che quegli esami prescrivono. Tutti, dai medici di famiglia a quelli ospedalieri.

Un nuovo capitolo di risparmio **allo studio dei tecnici della Asl 2** e che è già stato discusso con i sindacati della categoria dei medici di famiglia negli incontri in cui si è discusso dell’introduzione del “budget” personale per la spesa farmaceutica, una sorta di tetto di spesa calcolato a seconda dell’attività, del numero di pazienti, del tipo di terapie prescritte, per ogni singolo medico della Asl2, dai primari ai medici di base.

L’obiettivo è lo stesso: il risparmio, ma di fondo c’è anche la ricerca, da parte degli stessi medici, di una maggiore consapevolezza del costo che l’inappropriatezza prescrittiva (di esami come di farmaci) produce sul sistema sanitario nazionale. «In tempi di vacche magre, magrissime - sintetizza Renato Giusto, presidente regionale dello Smi, sindacato dei medici di famiglia - anche i cittadini devono rendersi conto di quanto “costa” al sistema complessivo una richiesta esagerata di sanità in termini di farmaci ma anche di esami. Ma è importante, e quindi abbiamo **accolto con favore la proposta della Asl**, che si definisca l’origine di questa domanda, che spesso è indotta dal consiglio dello specialista o da un’idea dello stesso paziente che non si fida del proprio medico di famiglia e vuole l’ultimo ritrovato o l’esame più costoso. Noi da tempo abbiamo una casella, sulle ricette rosse, in cui si può barrare la “s”, che significa “suggerito” da altri, non dal medico che firma. Di tutto questo si deve tenere conto: accettiamo un monitoraggio più pressante da parte della Asl ma **a patto che sia esteso a tutti i colleghi** non diretto solo verso di noi come è stato sinora».



Ministero della Salute

Valzer nella sanità toscana

È un valzer a base di riconferme e recuperi quello in cui volteggiano leggiadri i direttori generali della Sanità toscana, secondo quanto annunciato ieri in quarta commissione dall'assessore al Diritto alla salute Daniela Scaramuccia. Tutti confermati, spostati o comunque destinati ad altro incarico di vertice tranne uno: l'ex dg dell'Estav Sud-Est di Siena Francesco Izzo. Come mai? «Questo – racconta il vicepresidente della commissione Sanità Stefano Mugnai (Pdl) – l'assessore in commissione non ha voluto o saputo spiegarcelo. Resta il fatto che Izzo è il solo che rimane a far da tappezzeria rispetto a un balletto di direttori generali che tiene tutti, anche coloro che avevano ricevuto va-

lutazioni negative dal Mes del Sant'Anna di Pisa e anche quanti hanno ricevuto espressioni di sgradimento vivaci dal territorio, sia dai cittadini che dai dipendenti». Detta così è già singolare, ma la realtà è addirittura più articolata: «Tra motivazioni risibili e contraddittorie – continua Mugnai – è stata la stessa Scaramuccia ad affermare che per definire le nomine non si è tenuto conto delle valutazioni Mes, sulla cui utilità a questo punto ci sentiamo di avanzare qualche dubbio. Fatto sta che si sono confermati direttori generali con valutazione bassa, e non magari altri che avevano brillato nella pagella del Sant'Anna. Con quale criterio? Nessuno risponde».





Valzer nella sanità toscana

È un valzer a base di riconferme e recuperi quello in cui volteggiano leggiadri i direttori generali della Sanità toscana, secondo quanto annunciato ieri in quarta commissione dall'assessore al Diritto alla salute Daniela Scaramuccia. Tutti confermati, spostati o comunque destinati ad altro incarico di vertice tranne uno: l'ex dg dell'Estav Sud-Est di Siena Francesco Izzo. Come mai? «Questo – racconta il vicepresidente della commissione Sanità Stefano Mugnai (Pdl) – l'assessore in commissione non ha voluto o saputo spiegarcelo. Resta il fatto che Izzo è il solo che rimane a far da tappezzeria rispetto a un balletto di direttori generali che tiene tutti, anche coloro che avevano ricevuto va-

lutazioni negative dal Mes del Sant'Anna di Pisa e anche quanti hanno ricevuto espressioni di sgradimento vivaci dal territorio, sia dai cittadini che dai dipendenti». Detta così è già singolare, ma la realtà è addirittura più articolata: «Tra motivazioni risibili e contraddittorie – continua Mugnai – è stata la stessa Scaramuccia ad affermare che per definire le nomine non si è tenuto conto delle valutazioni Mes, sulla cui utilità a questo punto ci sentiamo di avanzare qualche dubbio. Fatto sta che si sono confermati direttori generali con valutazione bassa, e non magari altri che avevano brillato nella pagella del Sant'Anna. Con quale criterio? Nessuno risponde».





[Piemonte] SANITA': PIANO DI RIENTRO, PRECISAZIONI DEL DIRETTORE MORGAGNI

martedì 10 gennaio 2012

SANITA': PIANO DI RIENTRO, PRECISAZIONI DEL DIRETTORE MORGAGNI

Il direttore della Sanità piemontese, Sergio Morgagni, commenta come segue le dichiarazioni delle federazioni sindacali relativamente al Piano di rientro e all'incontro del 13 dicembre a Roma, oggetto di polemica da parte dei sindacati stessi. "L'accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia è di rivedersi a marzo, quando valuteremo i conti del quarto trimestre 2011". La Regione Piemonte deve recuperare attraverso il piano di rientro un ammontare pari a circa 500 milioni di euro relativo all'esercizio 2004: di questo ammontare nel corso del 2011 è già stato erogato alla Regione Piemonte il 40% (200 milioni di euro) grazie alla credibilità del Piano e alle azioni messe in campo. Il rimanente 60% verrà erogato in base al raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro stesso. "A dicembre – continua Morgagni – tecnicamente eravamo in disequilibrio perché ci eravamo impegnati a ridurre i costi di 150 milioni di euro e in realtà, dai conti del terzo trimestre, emergeva una proiezione di riduzione per l'anno di 100 milioni di euro; un risultato comunque apprezzato dai Ministeri. Non avendo ancora approvato il bilancio di previsione per il 2012, nell'ambito del quale la Regione Piemonte si impegna a mettere la differenza, tecnicamente eravamo in quel momento in disequilibrio. Motivo per cui non è stato possibile da parte del Ministero erogare la quota parte del finanziamento relativo al 2004 che ci verrà data quando ritorneremo a marzo a Roma con i conti definitivi del 2011 e soprattutto con la copertura da parte della Regione di quel disavanzo: copertura che è già stata prevista con apposito comma dell'esercizio provvisorio per l'anno 2012". "Tutto ciò era già noto da almeno un paio di mesi e lo avevamo pubblicamente annunciato". Si sta lavorando anche per il sociale: "Con il ministero – conclude Morgagni – si è esaminata la possibilità di rivedere il cronoprogramma ridefinendolo entro marzo; abbiamo informato inoltre che il nuovo Piano socio sanitario potrà rendere strutturali alcune delle misure adottate in piano di rientro stesso".

FederLabItalia