

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

INDICE

IX Legislatura

29 Luglio 2011

INDICE

- 1. ORDINE DEL GIORNO DEI LAVORI ASSEMBLEARI**
- 2. RESOCONTO SOMMARIO**
- 3. RESOCONTO INTEGRALE**

IX LEGISLATURA

LAVORI DELL'ASSEMBLEA
Seduta Antimeridiana di Venerdì 29 Luglio 2011
Ore 10 – 13

- **Comunicazioni del Governo regionale sulle problematiche della sanità in Campania – Dibattito.**

Napoli, 26 luglio 2011.

Il Presidente
Paolo Romano

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti**Resoconto Sommario****IX Legislatura****29 Luglio 2011****RESOCONTO SOMMARIO N. 61
DELLA SEDUTA DI
CONSIGLIO REGIONALE
DEL 29 LUGLIO 2011****Presidenza del Presidente Paolo Romano****Indice degli argomenti trattati:**

- **Comunicazioni del Governo regionale sulle problematiche della sanità in Campania – Dibattito.**

Inizio lavori ore 10.33**Comunicazioni del Governo regionale sulle
problematiche della sanità in Campania –
Dibattito**

PRESIDENTE - Dichiara aperta la seduta e concede la parola al Presidente della Giunta regionale Stefano Caldoro per le Comunicazioni del Governo regionale sulle problematiche della sanità in Campania.

CALDORO, Presidente Giunta regionale della Campania – Ritiene in premessa precisare che valuta particolarmente utile lo svolgimento della seduta consiliare odierna sulla tempistica, e dare un' informativa sullo stato delle azioni messe in campo dalla struttura commissariale, sempre che il Consiglio regionale lo ritenga opportuno. Dichiara di affidarsi alle decisioni che il Consiglio regionale riterrà opportuno per mettere in campo soluzioni al piano di rientro della spesa sanitaria, evidenziando anche quella che è la volontà della Giunta e sua personale.

Ritiene evidente che la questione della sanità è un pezzo fondamentale della politica regionale, non solo per l'impatto relevantissimo che essa ha sui cittadini, ma per le competenze della Regione quasi esclusive sulla programmazione e gestione sanitaria e per la parte rilevante che essa

occupa nella previsione del bilancio regionale. Per questo, ritiene di non dover svolgere una relazione su tutti gli argomenti specifici delle azioni attuative e si riserva nel merito di trasmettere in seguito una relazione tecnica, già elaborata.

Evidenzia la situazione complessiva debitoria netta nel settore della sanità, con un disavanzo di 773 milioni di euro che grazie alle azioni correttive strutturali (accorpamenti, rifunzionalità e chiusure), è diminuito a 491 milioni di euro con una riduzione di circa il 27%.

Ritiene appropriato inserire ulteriori azioni correttive aggiuntive, alcune di esse automatiche, come l'aumento delle addizionali, uno tra tutti, il ticket sanitario al fine di consentire, nel corso dell'anno, il rientro nella seconda fascia. Ciò consente di superare la procedura commissariale e rientrare nella gestione ordinaria, anche se con le dovute prescrizioni.

Ribadisce che rientrare nella gestione ordinaria è, chiaramente, il suo prioritario obiettivo.

Indica tutte le azioni che il sistema della governance ha posto in essere e le decisioni che sono state prese dalla struttura commissariale.

Ritiene che la sfida nazionale della qualità delle offerte del sistema sanitario si definirà attraverso efficacia, efficienza e appropriatezza dei Lea (livelli essenziali assistenziali) e dei costi standard dei servizi sanitari.

Puntualizza che il combinato disposto della virtuosità sull'offerta e lo benchmark sui livelli essenziali dei servizi, dovrà produrre un effetto di riequilibrio sulle peculiarità territoriali, per riequilibrare il fondo sanitario regionale che è l'obiettivo primario per tentare di superare la criticità del sistema.

PRESIDENTE - Ringrazia il Presidente della Giunta regionale, Stefano Caldoro, per la sua comunicazione e valuta positivo che il Consiglio regionale venga fornito di dati tecnici su cui sviluppare ragionamenti

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti**Resoconto Sommario****IX Legislatura****29 Luglio 2011**

sicuramente più concreti. Concede la parola al Presidente del gruppo UDC, Luigi Cobellis, che ha chiesto di intervenire.

COBELLIS, Presidente gruppo UDC – Propone che per contrastare le eventuali sperequazioni e dare maggiore spazio alle esigenze dell'utenza è necessario trasferire poteri decisionali ai cittadini riaffermando concretamente il principio della libera scelta. Ritiene che ridare la facoltà di scelta ai cittadini utenti e, al contempo, ridurre le lungaggini burocratiche sarà la strada maestra per migliorare qualità ed efficienza del sistema sanitario campano.

PRESIDENTE - Concede la parola al Presidente della V Commissione, Michele Schiano, che ha chiesto di intervenire sull'ordine dei lavori.

SCHIANO, Presidente V Commissione consiliare - propone, dati gli impegni istituzionali del Presidente Caldoro, di rinviare la discussione in Commissione o in un prossimo Consiglio regionale, poiché ritiene che la discussione vada approfondita e tenuta alla presenza del Presidente Caldoro.

PRESIDENTE – fa notare che in Commissione si possono approfondire gli aspetti tecnici ma che la discussione generale va fatta nella Aula consiliare.

Concede la parola al Consigliere Mucciolo il quale ha chiesto di intervenire.

MUCCILO, PSE – Dichiara di essere favorevole alla proposta del Consigliere Michele Schiano e chiede di fissare, previa verifica con la disponibilità del Presidente della Giunta regionale, Stefano Caldoro, una data per proseguire il dibattito in sede di Consiglio regionale e non in Commissione, in quanto la discussione tenuta in sede di Commissione ha un ambito di partecipazione meno ampio..

VALIANTE, PD - Ritiene che l'argomento è di tale importanza che non può essere diluito nel tempo e dichiara che è essenziale affrontarlo con la dovuta tempestività. . Propone, in considerazione della necessità del Presidente Caldoro di assentarsi per alcune ore

per impegni istituzionali, di proseguire il dibattito in Consiglio regionale nel pomeriggio, atteso che la seduta pomeridiana è convocata ad oltranza.

PRESIDENTE – Comunica la disponibilità del Presidente Caldoro di continuare il dibattito per lunedì pomeriggio, 1 agosto 2011, tenuto conto che è già convocata una seduta di Consiglio regionale e di proseguire eventualmente per il giorno 4 agosto.

Nel constatare che non vi sono obiezioni, prende atto e dichiara tolta la seduta.

I lavori terminano alle ore 11.35

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti**Resoconto Integrale****IX Legislatura****29 luglio 2011****RESOCONTO INTEGRALE N. 61
DELLA SEDUTA DI
CONSIGLIO REGIONALE
DEL 29 LUGLIO 2011 AM****Presidenza del Presidente Paolo
Romano****Indice degli argomenti trattati:**

- **Comunicazioni del Governo regionale sulle problematiche della sanità in Campania – Dibattito.**

Inizio lavori ore 10.33**PRESIDENTE:** Iniziamo i lavori del Consiglio.**Comunicazioni del Governo regionale sulle
problematiche della sanità in Campania –
Dibattito****PRESIDENTE:** Comunicazioni del Governo regionale sulle problematiche della sanità in Campania. Diamo la parola al Presidente della Giunta, Caldoro.**CALDORO, Presidente Giunta regionale della Campania:** Grazie Presidente! E' la prima volta che intervengo in Consiglio regionale in merito alle tematiche della sanità, forse è più giusto dire che non esporrò sulle singole tematiche, bensì farò una relazione sul quadro generale dei temi legati alla politica sanitaria della nostra Regione, strettamente collegata al piano di rientro dal deficit che è argomento ben conosciuto dal Consiglio; ritengo particolarmente utile, sempre che il Consiglio lo ritenga opportuno, prevedere la tempistica per una seduta del Consiglio regionale, che possa essere un elemento di informativa al Consiglio sullo stato delle azioni messe in campo dalla struttura commissariale, di poterlo fare con un dibattito politico istituzionale in Consiglio, se il Consiglio riterrà opportuno, di farlo presso la

Commissione di merito, allorché si possano fare iniziative specifiche ed informative in seno alla Commissione di merito, quindi, mi affido alle decisioni che il Consiglio riterrà opportuno mettere in campo, tenendo presente che è la volontà della Giunta e mia personale, in quanto Commissario del Governo. Sul piano del rientro sanitario, ritengo opportuno e giusto partecipare alle grandi decisioni che investono la sanità regionale, finché opererà la struttura commissariale, il piano di rientro sarà in piena attività.

E' evidente che chi ha vissuto la politica regionale in sede di istituzione, di Consiglio, di Giunta e di Commissione, sa quanto sia importante la questione della sanità, la quale costituisce un pezzo fondamentale della politica regionale non solo per il rilevante impatto che essa ha sui cittadini, ma per le competenze quasi esclusive che la Regione ha sulla programmazione sanitaria e sull'amministrazione della sanità; lo è anche nella parte relativa al bilancio regionale, quindi, è evidente che tutto questo fa capire qual è l'importanza di una piena condivisione delle grandi scelte, dell'informativa, della partecipazione e della discussione su un tema del genere. Forse ci arriviamo con un po' di ritardo, i ritardi, per certi aspetti, si accumulano quando si devono affrontare le emergenze, però è venuto il momento di trovare una strada intorno alla quale dover discutere dei grandi temi, della programmazione sanitaria, al di là delle responsabilità che oggi la legge prevede prevalentemente in capo alla struttura commissariale, quindi, all'azione Governo – Commissario, sul piano di rientro.

Non posso, oggi, fare un intervento su tutti gli argomenti specifici delle azioni attuative, sarebbe troppo lungo e forse farebbe anche un po' perdere il senso di un dibattito istituzionale in Consiglio sui grandi temi, però, chiedo al Presidente e ai gruppi, se questo può essere utile, di allegare, poi, una relazione di carattere tecnica su tutte le misure messe in campo, almeno da quando ho avuto la responsabilità del ruolo di Commissario Ad Acta sul piano di rientro.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

E' una documentazione che ho già a disposizione, e se il Consiglio ritiene possibile, posso attivare la procedura di trasmissione di questi dati, quindi, rimando poi ai destinatari, le valutazioni sui singoli adempimenti. La cosa che a me interessava oggi, era di inquadrare, per la parte di mia responsabilità, il punto relativo al sistema della governance e delle decisioni che vengono prese dalla struttura commissariale.

Com'è noto a tutti voi, nel luglio del 2009, il Governo ha Commissariato la Regione Campania, o meglio, più che commissariato, ha nominato un Commissario Ad Acta a stretto adempimento con l'accordo Regione – Governo sul piano di rientro e sul patto della salute che prevedeva dei percorsi specifici delle regioni che avevano un disallineamento, sostanzialmente, una situazione debitoria e di deficit tale da dover richiedere vari adempimenti. Ci sono regioni che hanno un piano di rientro, ma senza il Commissario, questo è tutto valutato da una norma e da un'intesa, quindi, nel 2009 con la condivisione di "Regioni e Governo" si è deciso di inserire la Regione Campania nella parte più critica di quelle poche regioni che, avendo superato tutti i parametri, rientravano nella procedura sanzionatoria più dura, che era quella, appunto del Commissario Ad Acta, che ha avuto vari vicissitudini, dal 2009 si è entrati in questa situazione.

La vicenda, dal punto di vista dei conti, vede una situazione debitoria netta nel settore della sanità di circa 5 miliardi di euro; si devono aggiungere almeno 700 milioni di euro legati agli anticipi di cassa, cioè alle azioni di anticipo di cassa della Tesoreria regionale sulla sanità, quindi, complessivamente, la situazione debitoria è di circa 5 miliardi e 600 mila euro. Dentro questa situazione debitoria ci sono varie coperture, mutui, azioni di questo genere, c'è una quota ancora non chiara, stiamo facendo ancora dei rilevamenti, le A.S.L. si muovono ancora per accertamenti specifici, vi è tutta la situazione del blocco legato ai pignoramenti, quindi, i cosiddetti accantonamenti dovuti a pignoramenti, poi, questa cifra che dal 2009 cambia sempre, perché dipende

dai momenti, che è la parte dell'accantonamento sanzionatorio del Governo sul fondo sanitario.

Ci sono varie voci che rideterminano, poi, quello che comunemente viene definito "il buco", cioè la parte debitoria non coperta, quindi, né coperta da possibili accantonamenti, né coperta da possibili azioni di ristrutturazione del debito, non coperta da tante cose; alla fine la determinazione della parte non coperta credo che, sulla sanità, si aggiri attorno ai 3 miliardi e mezzo, ma sono cifre che vanno poi viste con particolare attenzione, anche perché, come sapete, l'ipotesi di bloccare la liquidità porta nel circuito virtuoso, quindi, anche il cosiddetto "buco" può essere ridimensionato rispetto alle azioni che mette in campo con la capacità di ristrutturare il debito.

Questi sono un po' i numeri che, dal punto di vista della situazione debitoria sostanziale, possono cambiare poco dal 2009, perché sono cifre rispetto alle quali, non potendo indebitarsi ulteriormente, sono là, quindi quelle voci si possono cambiare poco, e sono quelle sulle quali vi dò un dato ad oggi, perché sul tavolo di monitoraggio abbiamo dovuto presentare la nostra buona rendicontazione, che è legata al fatto che quello che, invece, si può contare è il deficit, cioè, quello che produci, che è poi l'elemento di giudizio da parte del Governo, del rapporto Commissario – Mef, tavolo di monitoraggio. Oltre al Ministero dell'Economia c'è anche il Ministero della Salute, nel quale andiamo a definire un'azione di virtuosità secondo tantissime azioni, non vorrei qui elencarle, ma abbiamo un crono programma che è formato da vari punti, ben noto perché sono atti pubblici da tempo, quel crono programma ha delle voci, su quelle voci devi rispondere. In particolare per quella del disavanzo, abbiamo portato una situazione ereditata di 773 milioni di euro di deficit; alla prima rilevazione, quella di questi giorni, il disavanzo è sceso a 491 milioni di euro, quindi, la riduzione netta del disavanzo è di 282 che è circa il 27%, è una delle azioni correttive ritenute sostanzialmente adeguate. Altre regioni non sono riuscite a portare queste performance, quindi, hanno avuto il mantenimento del blocco,

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

noi, invece, dal punto di vista dei conti, abbiamo avuto il giudizio positivo, abbiamo ancora dei piccoli adempimenti da mettere in campo, sono stati riscritti entro il 4 agosto, ma sono cose residuali rispetto alla valutazione complessiva della tenuta dell'azione che abbiamo messo in campo.

Questi sono un po' i numeri, è evidente che tutto questo viene fatto da una parte di questi 282 che sono vere e proprie azioni correttive strutturali, iniziamo ad avere i primi segnali di azioni correttive strutturali, è inutile dire, quando parti sugli accorpamenti, la rifunzionalizzazione, la chiusura, è evidente che sono percorsi che hanno, dal punto di vista economico, gli effetti pluriennali. Se parti oggi, i primi effetti li avrai dopo 12 mesi, 24 mesi, 36 mesi e, poi, a regime, dopo 4 - 5 anni, però, noi abbiamo già i primi segnali di questa riduzione del deficit che stanno quantizzando, credo sia intorno ai 70 milioni di euro, i primi risultati di carattere strutturale, il resto sono, sostanzialmente, da parte dei tagli, cioè le riduzioni secche delle spese, una tantum nell'anno, quindi, non strutturali, e dall'altra, quello che ti chiede il Governo: Trovare maggiori coperture. Delle coperture, una parte sono automatiche, quindi, sono l'aumento delle addizionali, le altre sono azioni correttive aggiuntive che devono mettere in piedi il Commissario, uno tra tutti, il ticket, che rappresenta una misura che tu aggiungi per aumentare. Questo ci permetterà, probabilmente nell'anno, se continuiamo con questo ritmo, di poter, quindi, anticipare di un anno, ma il nostro è un tentativo che stiamo facendo, di portare i conti per rientrare in quella seconda fascia che, di fatto, toglierebbe il Commissario Ad Acta, quindi, si rimane, eventualmente, nel Piano di Rientro, ma si rientra nell'ordinario, quindi, si toglie la procedura commissariale, si rientra in ordinario anche con delle prescrizioni, questo, chiaramente, è il nostro obiettivo, questo significa che come si fa questo, si puoi anche iniziare a ragionare in termini di riduzione delle addizionali, quindi, si può manovrare sulle addizionali.

Ho parlato del contenzioso, uno degli effetti di questa situazione di deficit strutturale del sistema è il ritardo dei pagamenti, una delle questioni che ti porta, poi, come risultato pratico, arriverò, poi, un attimo ai Lea, a quello che tu presti al cittadino, perché la sanità ha quella funzione, non ha solo una funzione ragionieristica dei fondi; mi sembra evidente che il problema principale nostro è un altro, uno degli effetti sul piano economico è il ritardo dei pagamenti, oltre ai contenziosi che ho detto. E' evidente che abbiamo un ritardo di 24 - 36 mesi, dipende anche dalle diverse realtà, abbiamo una situazione nelle A.S.L. di Napoli, l'A.S.L. di Salerno, che hanno avuto le peggiori performance negli ultimi anni, con situazione di maggiore criticità, così come vi sono, invece, altre AA.SS.LL. che non hanno di questi problemi, quindi, non è un problema complessivo, ma un problema di organizzazione in quanto alcuni sistemi funzionano bene e altri meno bene. Vi è poi un'altra criticità molto forte, che è un po' a monte del problema, ne abbiamo parlato spesso, che afferisce a chi ha avuto la corresponsabilità, negli anni precedenti, di amministrare questa vicenda, legata al deficit di trasferimento, nel senso che abbiamo un fondo nazionale sulla sanità che ha un sistema di trasferimenti prevalentemente penalizzante per le regioni del sud e per la Regione Campania. La Regione Campania è la Regione più giovane d'Italia, quindi, il coefficiente di capitale, la cosiddetta "quota d'ingresso" che viene data alla Regione Campania, sconta questo problema, nel senso che a monte c'è un sistema di calcolo che non ci aiuta e ci fa perdere, più o meno, cifre vicine ai 350 - 400 milioni l'anno di trasferimenti, rispetto alla media nazionale, dai 70 agli 80 euro pro capite in meno sulla media nazionale.

E' evidente che vi ho dato quelle cifre al di là della situazione debitoria, ma parliamo di deficit, e se dobbiamo parlare di deficit e mettiamo quello che ci manca sulla media nazionale, vedrete immediatamente, che noi saremo in equilibrio, non tanto sulla questione storica, quanto, sicuramente, sulla situazione del deficit annuale; criterio sbagliato? E' un vecchio criterio, quello

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

dell'anzianità, è un criterio antico, condiviso dalla Comunità Scientifica. Questo parametro c'è sempre stato, dalla Bindi in poi, la Bindi lo ha inserito quando era Ministro della Salute, e non è stato mai cambiato, per cambiarlo ci vuole l'unanimità delle regioni, quindi, pensate un po' quando nel discutere "Tolgo un euro a te...!". Quello che siamo riusciti a fare nell'ultima riunione penso abbia del miracoloso, cioè siamo riusciti ad imporre alle regioni, per la prima volta, mai successo, un inizio di azione sperimentale di riequilibrio, che prima era data con i fondini delle regioni che erano in deficit, oggi i fondini, dal 2009, non ci sono più, quindi, non te li possono dare a compensazione, quindi, nello strutturale siamo aumentati dello 0,8% sulla quota d'ingresso il che ci ha permesso un recupero di circa 100 milioni di euro sul fondo, perché abbiamo attuato altri sistemi di calcolo, per ora empirici, quindi, non abbiamo consolidato dei criteri perché ci vuole unanimità, però abbiamo detto: "Se c'è un riequilibrio, avviciniamo la Regione che sta ultima sul capitarlo secco e la Regione che ce ne ha di più, tutto il fondo di riequilibrio lo andiamo ad avvicinare" invece di dividerlo un po' per uno, questa è la battaglia che abbiamo fatto, anche perché è una battaglia di principio. Era difficile non acquisirlo, perché, poi, le regioni ragionano, se ci sono buoni motivi, quindi, invece di andare a fare il lapis famoso per dividerci le risorse, è stato stabilito un principio, quindi, abbiamo accorciato la distanza, questo ci ha permesso di recuperare 100 milioni di euro. Abbiamo recuperato 100 milioni di euro netto, l'aumento è di 46 milioni di euro, 100 perché il fondo era aumentato, però l'aggiuntivo è stato circa 47 milioni di euro che è un piccolo segnale, non tanto rispetto a quello che abbiamo perso; più del 10% lo abbiamo recuperato con questo sistema. Abbiamo anche approvato un'intesa che dice (lo abbiamo messo anche nel federalismo, in alcune norme del federalismo c'è scritto) che non ci può essere solo un criterio che è la pesatura per età, ma ce ne possono essere degli altri, qualcuno sostiene che possono essere gli indici di privazione, la situazione sociale ed

economica, qualcuno sostiene che questo non può essere un indice di virtuosità e può essere un indice di riequilibrio, bene, giusto. Però qui credo che vada rivisto un attimo quello che è il sistema anglosassone, il sistema anglosassone su che cosa valuta la sanità? Sulle aspettative di vita, quello che un po' noi abbiamo messo sulle pensioni, cioè come tu valuti la qualità dell'offerta sanitaria, anche su un parametro che è quella che l'offerta della sanità ai cittadini produce sugli indici di mortalità o su quelli che vengono più comunemente dette le aspettative di vita, da 0 anni fino a 60 anni, che sono calcoli che tiene il Ministero e che sono tutti dati ufficiali. Abbiamo un gap molto serio di alcuni mesi, non di giorni, e visto che non abbiamo un problema di differenza di razze o nel Dna che giustificerebbe una differenza costituzionale genetica, c'è un problema. Qualcuno sostiene che la cattiva sanità produce questo, e se io pongo risorse in una cattiva sanità, rimane cattiva sanità e non risolvo il problema e questa è la valutazione che sta in piedi. Allora il combinato disposto della virtuosità sull'offerta sanitaria ci arriva un attimo sui Lea che sono i livelli essenziali offerti ai cittadini, quindi per arrivare allo standard, allo benchmark sui livelli essenziali, bisogna produrre un effetto di riequilibrio sulle criticità territoriali, le due cose insieme possono riportare un riequilibrio del fondo che è l'obiettivo dei primi anni per tentare di recuperare quello che ho detto. Poi c'è un altro problema strutturale relativo al Veneto. Come sapete il Veneto è in deficit sanitario di una cifra molto vicina a quella della Campania e non è in piano di rientro, cioè non subisce sanzioni. Abbiamo chiesto che chi sta in deficit deve entrare nelle sanzioni, poi può non essere commissariata perché ha le sue entrate, ma se il Veneto copre il suo deficit con le sue maggiori entrate, noi non abbiamo quelle entrate del Veneto, però loro hanno entrate dall'Irap, IRPEF etc., il triplo di noi e quindi fanno manovre di bilancio, le entrate le mettono sulla sanità a coprire il deficit e questo non è pensabile. E' come quando a noi ce lo fanno coprire attraverso il Fas, il Fas che cos'è? E' un

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

riequilibrio rispetto alle differenze di entrare. Che cos'è il Fas? L'abbiamo usato per le infrastrutture, per gli ammortizzatori sociali, li usiamo per i deficit, però questo è un tema nazionale, noi abbiamo posto che chi ha comportamenti poco virtuosi deve entrare in sanzioni, e quindi dobbiamo avere un unico elemento di valutazione. C'è un elemento in più che però devo dirvi: è evidente che la qualità dell'offerta sanitaria del Veneto è superiore a quella campana e quindi si giustifica anche un maggior carico di risorse. Quindi anche là non diamo sempre per scontato che vale una cosa e non vale l'altra, però sicuramente non può avere solo quella a favore di qualcuno, del nord in particolare. Dobbiamo riuscire come quando abbiamo fatto la battaglia sui parametri di virtuosità, vale la rendita delle due parti o vale le capacità di miglioramento? L'una e l'altra devono avere due coefficienti che si confrontano perché è evidente che se noi siamo in grado di poter ridurre il personale del 10%, perché siamo in grado di poterlo fare, è un'azione virtuosa, la Lombardia che sta sui costi standard non può ridurre gli organici di una persona e non può essere penalizzata, per questo non è pensabile però dire che ha favorito solo la Lombardia perché rimane virtuosa come rendita e non si valuta il fatto che tu migliori, quindi non vale solo una regola, devono valere tutte e due nel riequilibrio nazionale, altrimenti passeremmo all'opposto che di fronte a una rendita vogliamo difendere solo le azioni di virtuosità senza considerare che c'è qualcuno che è in linea con i costi standard e ciò sarebbe improprio non facendoli concorrere nelle azioni virtuose. Però questo è il grande tema che stiamo affrontando sul piano nazionale. Per quanto riguarda invece poi le azioni, vado brevemente ad affrontarle, peraltro le criticità sono il blocco del turn over e le situazioni di crisi sui pagamenti; avete visto soprattutto la sanità privata e quindi noi abbiamo messo in campo due azioni uniche in Italia, cioè quando un'azienda tipo Villa Russo, Villa Alba, quando aziende di questo tipo falliscono in Italia, si chiudono e basta, non c'è storia, sono aziende private, benché

convenzionate, in tutto il Paese succede così. Noi abbiamo avuto particolari situazioni di criticità, il piano di rientro, gli effetti sociali, abbiamo previsto misure a sostegno dell'occupazione nel settore sanitario privato, mettendo in piedi azioni condivise col Ministero del lavoro per permettere il rilancio aziendale, quindi è un fatto che ci dobbiamo portare come titolo di merito dell'istituzione regione che fa un'eccezione sul piano nazionale, perché non esiste sul piano nazionale una situazione del genere. La criticità è il blocco del turn over, è evidente che il blocco del turn over, è un problema molto serio, ne abbiamo parlato ieri. Per fortuna al tavolo di monitoraggio c'è stato un primo sblocco che come sapete è quello degli apicali, dei primari, troppo poco, però è un criterio che si è affermato. Stiamo illustrando la questione, e porteremo delle tabelle già approntate da noi, ma in particolare al netto, perché la sanità ha già detto di sì, quindi per fortuna un pezzo del tavolo ha detto di sì, dobbiamo convincere il secondo pezzo del tavolo, ma abbiamo le carte per farlo, perché quando si va proprio sotto organico, se la condizione è comunque il rispetto di quei Lea, di quei livelli essenziali, quelle strutture che sono attivate sul territorio, camere operatorie, pronti soccorsi ecc., deve essere garantito in termini di efficienza e di efficacia e di appropriatezza. Per garantire queste tre condizioni significa che tu devi avere tanti operatori, tanti chirurghi, tanti infermieri, tanti paramedici ed anestesisti perché se non hai tutto ciò, non si può dare efficienza alla struttura. Quando si è troppo sotto organico, cosa siamo costretti a fare? Dire all'anestesista che deve fare il primo, il secondo e il terzo turno, farlo lavorare ben oltre quelle che sono, anche oggettivamente, le proprie capacità, quindi quando si è sempre sotto organico, occorre utilizzare il personale disponibile, e paradossalmente in termini di costi esso costa di più, se non concordi, non verifichi uno sblocco del turn over a costo 0, perché noi non pensiamo di potervi chiedere risorse aggiuntive, ma se noi guardiamo i dati, noi possiamo fare un blocco del turn over consistente, perché siamo

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

andati talmente sotto organico che l'assunzione di giovani paramedici o personale medico, è essenziale e lo dimostrano i dati, secondo i quali c'è bisogno di qualche migliaio di persona in più nel settore sanitario. Visto che non c'è una delega, - nel senso che ci dicono che sblocciamo il turn over e quindi se ne combinano chissà quante, - ma c'è un tavolo di monitoraggio, a quel tavolo nazionale dove si decidono queste cose qui, io sarò costretto - l'ho già detto al tavolo - a fare una lettera in cui faccio i rilievi alla Corte dei Conti, perché ci sta facendo spendere di più di quello che dovremmo. Questo è danno erariale, se non si discute di questi argomenti in maniera chiara noi che facciamo? Spendiamo di più per offrire gli stessi livelli essenziali di prestazioni, avere la stessa efficacia e efficienza del sistema. Quindi è un tema veramente delicatissimo, perché abbiamo detto che quando si è sotto organico, paradossalmente la spesa per il personale è maggiore. Da una notizia di ieri si apprende che il Ministero della Salute ha già dato parere favorevole, non solo per i primi, così come è già passata, ma anche per le altre figure, e devo dire che c'è stata un'apertura ai tavoli e se è vero quello che diciamo noi, ci autorizzeranno allo sblocco del turn over per la parte necessaria per garantire quei livelli essenziali. Questo però è fondamentale perché diamo una risposta alle tante attese, ma non solo per il personale medico e paramedico, per garantire l'efficienza delle strutture, ma il nostro obiettivo è offrire una buona qualità al cittadino. Poi velocemente andiamo sulla parte che riguarda le azioni attuative. Le azioni attuative sono tantissime, a partire dalla parte organizzativa e funzionale, quindi il riassetto della rete ospedaliera, della rete territoriale, con i laboratori ed i tetti stabiliti per il convenzionamento privato e per la farmaceutica; quindi abbiamo messo in campo tante azioni che sono ovviamente anche quelle monitorate, hanno una loro valutazione sul tavolo di monitoraggio che attualmente sono ancora in itinere. Noi non abbiamo grandi dismissioni, ma comunque ci sono 9 presidi pubblici che per i parametri Age.na.s

(Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ed elaborati anche dalla nostra Arsan, dovevano essere chiusi. Sapete che in altre regioni - in particolare mi pare che la Calabria ha 21 plessi ospedalieri pubblici - c'è una situazione ancora più complicata della nostra, noi però attraverso i piani attuativi abbiamo comunque l'esigenza di dare seguito al piano, però questa è stata una nostra decisione che poi dobbiamo rendere pratica con le azioni attuative ed evitare la rigidità del modello, senza stravolgere ovviamente il primo piano, e non dare a quel piano una veste rigida tutta dall'alto, ma di dare alle A.S.L., e credo che riguardi anche le aziende, la possibilità di farlo in maniera flessibile, e vedere poi le reali esigenze del territorio nel momento in cui la compatibilità di cornice è quella di adottare misure attuative. Mi rendo conto che non è facile, c'è un'azione sempre complessa, complessa per mille motivi, un po' perché nessuno ha la verità in tasca, alcune azioni sono di carattere sperimentale, vanno verificate, vanno valutate, qualcuno si deve prendere la responsabilità di farlo. Non è mai facile per gli amministratori, di fronte a situazioni di chiara difficoltà oggettiva, prendere queste decisioni, non si sa mai se si è presa la decisione giusta. E' chiaro che quando dai una delega e dai flessibilità, la flessibilità comporta responsabilità, però ecco, noi dobbiamo fare in modo di trovare anche il coraggio di sperimentare queste forme sul territorio, garantendo l'impianto complessivo e approfittare, cioè valorizzare questa flessibilità in senso, appunto, di sperimentazione e di adeguamenti rispetto alle finalità che è chiaramente il riassetto della rete ospedaliera che, diciamo, è la parte più consistente, più importante, più significativa di tutto l'impianto del rilancio della programmazione sanitaria. Questo chiaramente deve andare di pari passo con che cosa? Con i principi di efficienza ed efficacia, che sono ormai definiti e qualificati in maniera molto chiara, quindi occorre rispettare quei parametri, quelle indicazioni di carattere nazionale che sono tutte rivolte all'efficacia dell'azione sanitaria,

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

perché il tema vero è il cittadino che deve avere la risposta efficace. Molte iniziative locali hanno una loro logica locale, però vi dico che gran parte delle volte, quello che si viene a chiedere non è quello che si ha, ma è quello che sulla carta si vorrebbe avere, cioè, nel senso che la mobilitazione dei cittadini è nella difesa dell'esistente, con la difesa dell'esistente neanche chi te lo chiedo lo difende, cioè ci sono situazione di efficacia, appropriatezza ed efficienza del sistema che allo stato non è garantita nei numeri, nei ricoveri, nelle operazioni e dagli interventi di sanatoria che non ci sono. Quindi già il cittadino in quelle strutture non ci va, è chiaro che nell'ipotesi di una sanità migliore, difende la propria struttura perché dice "me la devi rilanciare". Credo che ci dobbiamo porre il problema di cosa offriamo al cittadino e quindi soprattutto di non togliergli una cosa che funziona, premesso che i dati dimostrano se funziona o non funziona, se il cittadino ne usufruisce o meno. E' una cosa diversa discutere, ed è giusto questo, non su quello che il cittadino non ha, ma di quello che vorrebbe avere e deve avere, altrimenti sembra che si voglia chiudere una cosa che funziona "io chiudo quell'ospedale perché funziona"; no, sono stesso i cittadini che non ci vanno, quindi non funziona, però questo è un tema sul quale credo che la comunicazione sia mancata. Queste azioni sulla sanità, come sui rifiuti, avrebbero bisogno, dove hanno funzionato meglio, che ci sia il dialogo con i cittadini, che ci sia una capacità di mobilitazione sul piano della comunicazione degli operatori, ed andare nelle scuole, nelle famiglie, nei comitati. E' uno dei temi che io mi sono posto dall'inizio, era difficile in corso d'opera dire "quella roba lì la scrive dopo", però sui piani attuativi forse il meccanismo in piedi lo possiamo mettere, sul perché c'è quella modifica al piano, che cosa produce e cosa dobbiamo spiegare ai cittadini. Questo potrebbe essere un elemento di discussione, mi aspetto anche dal Consiglio una valutazione su questo argomento, perché con la Commissione sanità avete la possibilità di poter fare insieme questa parte importante del lavoro che oggettivamente ancora manca, e questa è anche

una responsabilità di chi amministra oggi. Non ho voluto darmi un attenuante, però sui piani attuativi ci danno la possibilità di poter lavorare in temi di offerta al cittadino. L'ultima questione che mi sembra la più rilevante dal punto di vista esterno, è: quale sarà la nostra sfida? La nostra sfida nazionale sul sistema della qualità delle offerte e il sistema sanitario, ormai si definirà attraverso efficacia, efficienza e appropriatezza sui Lea, e in termine economico sui costi standard. Questi saranno i Lea e i costi standard, due elementi che identificheranno la buona sanità dal punto di vista della compatibilità economica e dei costi, ma una buona amministrazione, essendo un'azienda deve funzionare, se questa non funziona non ci saranno, direi, delle prestazioni adeguate, non c'è efficienza, non c'è efficacia, non c'è appropriatezza allorquando la struttura non funziona. Quindi le due cose sono l'elemento principe di quella che sarà la sanità del futuro e noi ci stiamo confrontando su questi due pilastri. Al di là delle criticità che ho detto, ci sono dietro cose che dobbiamo risolvere, fondi, deficit di trasferimenti e tutte le altre cose. In questo c'è un elemento fondamentale che riguarda gli investimenti, e negli investimenti c'è l'articolo 20 della finanziaria; sono due regioni che praticamente sono a zero, io parlo per il 2009, perché dal 2009 come sapete c'è stato lo stand by, quindi dovremo ripartire appena ci ridanno il via, non so quante risorse rimangono però è uno dei temi posti dal Cipe nella delibera famosa in cui si fa la ricognizione. Qualche giorno fa ci hanno preannunciato l'apertura della questione sull'articolo 20, hanno dato le carte a tutte le Regioni, e verificheremo quanto c'è. Però dal 2009 noi abbiamo gli ultimi accordi presentati, queste sono le regioni che hanno i loro accordi di programma già pronti e queste sono le regioni che non hanno nulla, devo dire che noi non abbiamo predisposto, se non richiesto l'ospedale del Mare, ma non abbiamo predisposto un atto formale, è inutile dire non è che non abbiamo fatto niente in questo anno, abbiamo fatto già ufficiosamente, sapendo che prima o poi il problema sarebbe

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

arrivato. Abbiamo già messo in moto un meccanismo di monitoraggio di tutte le cose che i piani attuativi prevedono, poi tra l'altro abbiamo una rete ospedaliera, gli accorpamenti, sappiamo dove dobbiamo andare ad investire, non ci dobbiamo inventare nulla, è scritto là, tra l'altro approvato dal Governo, quindi per noi è anche più facile, non ci dobbiamo inventare nulla di quello che loro non fanno e se loro guardano il nostro obiettivo sul piano dell'efficienza e l'efficacia del sistema che riguarda anche le strutture, le cose sono collegate.

E' evidente che, se vogliono che noi arriviamo a quegli obiettivi, ci devono dare anche le risorse per le strutture ospedaliere. Nelle forme moderne del progetto di finanza, ce ne possono essere 100 di questioni, però non c'è dubbio che la parte delle risorse pubbliche sull'articolo 20 ci deve essere se non si parte neanche con il progetto di finanza, essendo chiaramente questo comparto un comparto misto, cioè una parte di componente privata e una parte di componente pubblica. Però da questo punto di vista l'articolo 20, gli investimenti, diventa il tavolo dei prossimi giorni. Noi lo abbiamo già approntato, lo affronteremo e ne discuteremo in Consiglio, è una delle questioni che, secondo me, dobbiamo affrontare proprio nel merito, noi abbiamo già buttato giù, rispetto al piano attuativo, un'ipotesi di lavoro che, se guardate i piani della rete ospedaliera, è scritto lì quello che dobbiamo fare; qui non c'è nulla di nuovo rispetto a quello che non è scritto, però significa tecnicamente che cosa sono quegli accordi di programma, sono i progetti esecutivi, perché non si può dire "voglio far quello" e noi non abbiamo una carta a Roma, non c'è una carta della Regione Campania, e credetemi non solo della Regione Campania, infatti 2 o 3 Regioni sono proprio a zero. Quindi noi dobbiamo consegnare la progettazione esecutiva e rispetto agli altri abbiamo paradossalmente una forza dovuta al fatto che noi ci troviamo in piano di rientro ed avendo un monitoraggio, il percorso è preciso perché è già condiviso col governo, ci riesce più facile fare un accordo di programma

rispetto ad altri che devono recuperare senza punti di riferimento e di intesa con i governi. Quindi questo sarà argomento delle prossime ore e dei prossimi giorni, da settembre credo che dovremo iniziare a discutere di questo argomento, perché a fine settembre dobbiamo predisporre l'atto dell'accordo di programma per la parte di edilizia sanitaria e rilancio delle strutture dal punto di vista dell'edilizia e della funzionalità sul piano più generale. Questo è il quadro che era opportuno fare e solo all'inizio ho tentato di dare una lettura di carattere generale, non sono sceso troppo nel tecnico perché è evidente che era prevalente l'esigenza di spiegare un po' il quadro di carattere generale, dalla Governance alle azioni prioritarie, dalla situazione debitoria e tutto. Se voi reputate opportuno, ogni mese, ogni settimana, ogni due settimane, saranno mandati al Consiglio tutti i dati tecnici relativi agli atti deliberativi ed i decreti firmati dal Commissario, quindi, potranno essere visionati dal Consiglio senza doverli chiedere agli uffici preposti, e così come riterrà il Presidente li invieremo direttamente alla Presidenza, alla presidenza della Commissione, onde poter avere ogni settimana tutti i decreti commissariali firmati e poi tutti gli atti e gli approfondimenti tecnici rispetto ai punti che io ho accennato e che chiaramente abbisognano poi di un supporto cartaceo per poter approfondire le singole tematiche. Però è evidente che nel momento in cui questa grande sfida della sanità sarà attuata, sarà necessaria la massima partecipazione degli organi politici e istituzionali, non può essere una questione rivolta solo al Commissario ad Acta dal momento che la sanità rappresenta il 70% del Bilancio Regionale e con questa operazione abbiamo l'occasione storica di poter trasformare una difficoltà iniziale in una potenzialità per il futuro, per cui ce la dobbiamo gestire con tutta la forza politica e istituzionale che necessita. Grazie.

PRESIDENTE: Grazie Presidente, io penso che nel momento in cui il Consiglio sarà aggiornato tempestivamente dei dati tecnici, sicuramente su quegli elementi sarà possibile sviluppare

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

ragionamenti più concreti. Ha chiesto la parola il Consigliere Cobellis, prego.

COBELLIS (UDC): Grazie Presidente, voglio innanzitutto ringraziare il Presidente Caldoro per aver accolto questa mattina l'invito del Consiglio che in verità già da qualche tempo gli veniva rivolto per discutere di una questione che, come egli stesso ha detto nella sua conclusione, è determinante per l'azione di Governo della nostra Regione. Io credo che chiunque in questa Regione voglia occuparsi di salute, deve fare i conti con un quadro generale che è oggettivamente disastroso e che rende complessa la normale attività di chi ricopre un ruolo istituzionale.

PRESIDENTE: Posso chiedere al Consiglio di prestare un po' di attenzione per favore? Prego Consigliere Cobellis.

COBELLIS (UDC): Grazie Presidente. E infatti il commissariamento che fissa, come sappiamo, degli obiettivi stringenti, ed imperativi limiti alla possibilità di nuovi interventi legislativi. In questo quadro emergono una opportunità ed un rischio: l'opportunità è quella di uscire dall'emergenza perenne nella quale versa il nostro sistema sanitario Regionale e finalmente potersi dotare di conti pubblici che siano in ordine; il rischio è che, subito dopo ci si ritrovi senza una proposta sistemica in grado di consolidare i risultati che vengono raggiunti e che possa quindi proiettare in avanti la nostra Regione. Il recente libro bianco elaborato sul sistema sanitario nazionale, propone un nuovo modello sociale in cui l'elemento chiave è la cura della salute ed il benessere della società.

PRESIDENTE: Siccome è in atto l'intervento del Capo Gruppo, chiedo ai Consiglieri o di accomodarsi oppure, se devono parlare, di accomodarsi fuori! Prego Consigliere Cobellis.

COBELLIS (UDC): Dicevo che il recente libro bianco elaborato sul sistema sanitario nazionale, propone un nuovo modello sociale in cui l'elemento chiave è la cura della salute e il benessere della società. Il principio ha fondamento nella convinzione che un'economia di mercato regolata, si deve integrare con la massima attenzione ai criteri della coesione sociale; di

contro una maggiore attenzione ai bisogni delle persone, si deve coniugare con la sostenibilità del sistema sanitario e socio assistenziale che molteplici fattori rendono più difficilmente perseguibile. Alle difficoltà economiche si aggiungono gli effetti indotti dai cambiamenti demografici, come l'invecchiamento della popolazione, la riduzione della natalità, le diverse aspettative di vita e l'impatto di tipo epidemiologico. Il sistema sanitario nazionale inoltre ha limiti strutturali, anche se il sistema sanitario italiano viene considerato dall'OMS come uno dei migliori, uno dei primi nel mondo, però oggettivamente si riscontrano delle situazioni di grave criticità ed inefficienza. Queste criticità spesso non risiedono in una carenza di mezzi, ma spesso a costi elevati corrisponde una bassa qualità dei servizi offerti e in questo caso il nostro esempio appare emblematico. Gli stessi livelli essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio, spesso sono diventati l'alibi per coprire inefficienze e sprechi, anche perché privi di efficaci meccanismi di controllo e di monitoraggio. Alla luce delle emergenze nazionali, il libro bianco evidenzia come oggi non è più possibile né utile distribuire ai cittadini beni e servizi in forma assistenziale. È necessario individuare i bisogni e le modalità appropriate per rispondere alle esigenze dei cittadini, per questo viene proposto un nuovo modello di Welfare, quello delle opportunità e delle responsabilità, il quale privilegia una visione multidisciplinare, organica ed integrata dei servizi rivolti alla persona, ed in un'ottica di sistema ne affronta gli aspetti di sostenibilità. Il modello proposto attribuisce un nuovo ruolo all'attore pubblico che, invece di essere il monopolista nell'erogazione dei servizi è chiamato a determinare le linee guida degli interventi e ad assicurare il controllo sulla qualità con particolare attenzione alla programmazione.

Posta in questi termini appare evidente come la questione della riorganizzazione del sistema sanitario vada ben oltre il contenimento dei costi e della riorganizzazione delle strutture, ma attiene

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti*Resoconto Integrale**IX Legislatura**29 luglio 2011*

alla capacità delle istituzioni a fare fronte ad uno dei propri fondamentali compiti istituzionali che è quello della tutela della salute e della sicurezza delle persone. Viceversa, purtroppo, emerge come questa tematica nella nostra Regione, spesso sia stata affrontata con un approccio prevalentemente contabile ed all'interno di un quadro che ha fatto prevalere la dimensione amministrativa oggettivamente condizionata dal regime commissariale prevalente, rispetto a quella della responsabilità politica ed istituzionale che avrebbe dovuto porsi come primo obiettivo un consapevole e partecipato Governo del settore. Siamo partiti dalla accettazione acritica di un piano peraltro sostanzialmente elaborato dalla precedente maggioranza nella parte finale del proprio mandato, facendo apparire che talune scelte non comprensibili e nemmeno condivisibili fossero il prodotto della nostra volontà. Pur con tutte le riserve, abbiamo accettato che si partisse da quel piano, ma alla sua approvazione avrebbe dovuto far seguito una discussione più accorta e più partecipata in sede dei piani attuativi, al fine di consentire che all'astrattezza del piano seguisse, poi, una verifica pratica delle esigenze di una sua correzione. Tutto ciò purtroppo non è avvenuto, la chiusura di un ospedale può anche essere giusta sotto il profilo dell'attuazione e di un corretto principio dell'organizzazione ospedaliera, ma in assenza di un'immediata ed adeguata soluzione alternativa, crea soltanto paura e senso di privazione, fosse pure soltanto psicologico, di una degna tutela per le persone. Peraltro, sotto questo aspetto, ancora una volta è prevalsa la logica di consentire nell'area napoletana il sostanziale mantenimento dell'esistente, attuando, viceversa, misure drastiche nelle altre aree della Regione, specialmente nelle aree interne. Noi siamo pronti ad accettare la sfida della realizzazione dei grandi poli di eccellenza, crediamo peraltro che essa sia al passo con i tempi, però noi riteniamo che essa debba essere il punto di arrivo di un piano che spieghi i vari passaggi analiticamente, e non ignori i problemi che nell'immediato si determinano.

Occorrono piani che prevedano giusti periodi di transizione che consentano il mantenimento dei livelli minimi di assistenza senza determinare disservizi per la popolazione, che peraltro non avendo risposte di qualità, le va a cercare al di fuori della propria Regione determinando anche qui un aumento dei costi spesso inutili ed ingiustificati. Noi riteniamo che i piani attuativi avrebbero dovuto essere il momento di congiunzione fra l'esistente ed il programmato; viceversa, spesso sono stati portatori di singolari discrasie con gli atti legislativi prodotti dalla stessa Regione Campania, così come lo stesso piano di rientro; molto spesso sono stati l'occasione per prove di incomprensione rispetto alle istanze territoriali e di modalità di gestione non sempre esemplari ed ispirate alla tutela degli interessi generali.

Ora non è più eludibile l'apertura di una discussione pubblica e trasparente rispetto alle vicende della sanità, affinché vi sia il massimo della partecipazione su un tema di estrema delicatezza. Senza interferire con la responsabilità delle decisioni commissariali ma anche perché venga mantenuta la condizione della discussione, chiediamo, come abbiamo già proposto al Presidente, che si avvii una discussione che abbia anche il compito di formulare un'analisi dei bisogni e delle esigenze. Noi siamo convinti che la tutela del diritto alla salute passa anche per l'applicazione delle moderne tecniche organizzative, ma la tecnica deve essere funzionale ad offrire una migliore tutela ad una esigenza. Se il centro della questione è la persona, e non può che essere la persona, abbiamo bisogno che si parta da questa, che essa venga ascoltata, coinvolta, persuasa, perché è di un suo bisogno che stiamo discutendo e non della applicazione di una regola ragionieristica. Riteniamo che questa discussione debba aprire finalmente una fase nuova, e riteniamo che questa nuova fase debba anche coincidere con il ritorno alla ordinarietà della gestione delle aziende, affidandole a persone di alto profilo in grado di concorrere alla realizzazione di un disegno che guardi all'interesse

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti**Resoconto Integrale****IX Legislatura****29 luglio 2011**

generale. Riteniamo, infine, che non si possa più rinviare l'apertura del dibattito sul futuro del sistema sanitario regionale, è importante invece che si cominci fin da subito a discutere di una proposta organica per il sistema salute regionale, per evitare che una volta risistemati i conti, si avvii un dibattito inevitabilmente lungo, con il rischio di affievolire ogni possibile ripartenza. Noi oggi dobbiamo iniziare a costituire un'organizzazione che sia capace di eliminare la sperequazione esistente fra il sistema, la politica, la burocrazia e le professioni, che finisce con l'essere ripiegato su sé stesso ed autoreferenziale, troppo attento alle problematiche interne piuttosto che all'interesse dell'utilizzatore del servizio che è costituito dal singolo cittadino; infatti, a dispetto delle reiterate affermazioni circa la centralità del paziente, la quotidianità della nostra organizzazione sanitaria si caratterizza per lunghe liste di attesa, difficoltà di accesso alle cure, bassi tassi di occupazione di posti letto e per un'eccessiva e spesso ingiustificata mobilità passiva. Per contrastare queste sperequazioni e dare maggiore spazio alle ragioni dell'utenza, è necessario trasferire poteri dal sistema ai cittadini, riaffermando concretamente il principio della libera scelta. Aumentare il potere dei cittadini utenti e ridurre quello delle burocrazie, sarà la strada maestra per migliorare qualità ed efficienza del sistema. Grazie.

PRESIDENTE: Allora ha chiesto la parola sull'ordine dei lavori il Presidente della Commissione. Prego Presidente Schiano.

SCHIANO (PDL): Presidente, Presidente Caldoro, se siamo d'accordo, poiché il Presidente Caldoro da quello che ho sentito deve andare via per altri impegni istituzionali in Prefettura, dato che la discussione va approfondita e tenuta alla presenza del Presidente Caldoro e anche del sub Commissario Morlacco, è opportuno fissare con il Presidente un appuntamento o in Consiglio Regionale o in Commissione Sanità, onde far diventare operativa la discussione, decidendo quindi già da adesso con l'Onorevole Presidente Caldoro la sua disponibilità ad approfondire, per

poi entrare nel merito, o in Commissione Sanità quindi alla presenza di tutti, oppure in Consiglio Regionale, così come lor signori vorranno. Ritengo che esso sia un argomento di grande importanza che va sviluppato, e quindi approfitto della presenza del Presidente Caldoro nel momento della programmazione, sicuramente noi dobbiamo dire la nostra per quanto riguarda il momento di rilancio insieme alla Giunta e quindi al Presidente Caldoro in quanto Commissario. Quindi, se il Presidente Caldoro ci può dare la sua disponibilità ritengo che il Consiglio potrebbe convenire di aggiornarci su questa discussione.

PRESIDENTE: Ma io credo che in Commissione noi possiamo approfondire qualsiasi aspetto tecnico, ma i dibattiti li facciamo e penso che è opportuno farli in Consiglio. Quindi sulla proposta del Presidente Schiano c'è l'intervento di Gennaro Mucciolo, così sentiamo uno a favore e uno contro. Parla contro o a favore?

MUCCIOLO (PSE): Sono favorevole alla proposta e vorrei che a questo punto, con la disponibilità del Presidente, si possa fissare una data per la discussione, in quanto il problema deve essere discusso in Consiglio Regionale, la Commissione ha una sua limitazione, noi abbiamo più volte chiesto di discutere di queste problematiche in Consiglio Regionale anzi, a questo punto ritengo opportuno che ci sia anche la parte tecnica che il Presidente Caldoro ha detto che già ci poteva fornire. Con la discussione qui in Consiglio, avremmo anche più dati certi su cui poter discutere e confrontarci, per dare un contributo al percorso che su questo tema in Campania bisogna avviare in modo virtuoso, per cercare di pervenire il più possibile ad una sanità che possa rispondere ad una domanda vera che è quella che proviene dai territori in cui noi praticamente viviamo.

PRESIDENTE: Allora il Vice Presidente Valiante è contro la proposta.

VALIANTE (PD): Ritengo che l'argomento così come è stato esposto è di una importanza tale che da non poter essere diluito nel tempo, per cui ha un significato affrontarlo con tempestività in

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti***Resoconto Integrale******IX Legislatura******29 luglio 2011***

Consiglio Regionale; io sono componente della Commissione Sanità però ritengo che l'argomento sia di una importanza e di una portata tale da rendere necessario l'investitura del Consiglio, Caro Presidente, per affrontarlo, quindi si vada in prosieguo in giornata, abbiamo una seduta convocata ad oltranza, se il Presidente ha bisogno di alcune ore di tempo possiamo riprendere nel pomeriggio. Io ritengo che la discussione non vada sfilacciata perché a Ferragosto la gente - pur essendo la sanità un argomento di costante interesse - si occupa di altro. Siccome siamo ad un passaggio importante dove è necessario - come il Presidente ha sottolineato - che ci sia una vigorosa presa di coscienza e di impegno comune della Regione su questo tipo di argomento, si affronti l'argomento in continuità, verifichiamo i tempi che abbiamo a disposizione in giornata ed utilizziamoli tutti.

PRESIDENTE: Allora, c'è uno a favore e uno contro.

C'è la disponibilità da parte del Presidente Caldoro o di continuare il dibattito lunedì pomeriggio visto che è fissato anche il Consiglio Regionale o altrimenti se non si dovesse terminare lunedì, ce lo disporrà per il giorno 4; però penso che lunedì ci sono tutte le condizioni per continuare il dibattito. Se l'Aula è d'accordo terminiamo qui i lavori e ci aggiorniamo.

Il Presidente mi ha dato la disponibilità per la seduta pomeridiana e poi il dibattito sulla sanità continua lunedì. Grazie.

I lavori terminano alle ore 11.35