RESOCONTO INTEGRALE N.43
DELLA SEDUTA CONGIUNTA DELLA VI COMMISSIONE CONSILIARE
DEL 23 GENNAIO 2013
Argomento dell'audizione:
PROBLEMATICHE DEL COMPARTO SOCIO SANITARIO CAMPANO

Elenco degli intervenuti:

Polizzi Pierpaolo – Presidente ASPAT -
Parisi Salvatore
Guarino Carmen
Consiglieri: Baldi Giovanni, Cortese Angela, Petrone Anna, Ruggiero Antonia, Schiano Di Visconti Michele, Schifone Luciano, Valiante Antonio
Per la Giunta Regionale sono presenti: Oddati Antonio, Coordinatore dell'Area AGC 18, Romano Rosanna, Dirigente dell'Area AGC 20.

Presidenza del Presidente Michele Schiano di Visconti e del Presidente Antonia Ruggiero

Inizio lavori ore 12.40

SCHIANO DI VISCONTI Michele, Presidente della V Commissione –
Buongiorno! Abbiamo ritenuto, in qualità di Presidenti della V e VI Commissione Consiliare, quindi, sia l'onorevole Ruggiero che il sottoscritto, di tenere questa audizione congiunta, per cercare di affrontare, a seguito dell'incontro che si tenne con le Associazioni interessate , nella sede della Giunta Regionale, Isola C3, al quale parteciparono anche i Dirigenti della Giunta: dott. Oddati e la dott.ssa Romano, affinchè si advenisse alla istituzione di un tavolo tecnico per affrontare, in modo concreto e con proposizioni risolutorie, la problematica del comparto socio-sanitario.

Da quel confronto, e dalle argomentazioni trattate ed illustrate dai rappresentanti dell'Aspat, venne fuori la problematica inerente le associazioni di categoria.

Per cui mi feci carico di informare la Presidente della VI Commissione Antonia Ruggiero, di tenere un tavolo comune, concordato con l'Assessore Russo, e con i Dirigenti dott. Oddati, e Morlacco, al fine di istituire un tavolo tecnico, al quale prenderanno parte : un delegato della Commissione Sanità, il Presidente della VI Commissione, un rappresentante dell'Assessorato ai Servizi sociali, un rappresentante dell'Assessorato alla Sanità, un rappresentante dell'Anci e una delegazione dell'Aspat.

Questo è quanto ci siamo detti l'altra volta, e l'audizione odierna possa servire ad ufficializzare la costituzione di un tavolo tecnico concordandolo prima sia con l'Assessore Russo che con il Presidente Caldoro e con il Subcommissario ,alla Sanità. Pertanto ritengo di dare subito la parola dott.ssa Romano e al dott. Oddati,

poiché con loro abbiamo già affrontato il problema che andava in questa direzione, faccio un attimo un excursus, le associazioni, a fronte del 50% che ricevono dalla sanità, il 10% che gli viene dall'utente, vanno ad avere un vuoto che è quello del 40% di cui il 20% è regionale, il 20% è dei comuni o degli ambiti. Quindi, abbiamo concordato che verrà da subito deliberato e, quindi, sbloccato il 20% che andremo a dare alle associazioni, entro il 27 di questo mese, sia per l'annualità 2012 che per l'annualità 2013.

Ritengo di aver fatto chiarezza del motivo di questa audizione congiunta, sicuramente arriveremo, attraverso un atto di Giunta, a formalizzare, in modo compiuto questo tavolo, come ho detto prima, adesso ritengo di dover dare la parola al dott. Oddati e alla dott.ssa Romano e poi darla a chi vuole intervenire.

ODDATI ANTONIO – G.R. Coordinatore AGC 18 - Buongiorno! Mi sia consentito di dire subito, lo faccio anche da cittadino, che stamattina ci sono i presupposti per un percorso che non hanno il senso della soluzione di qualche problema perché risolvere i problemi significa non guardare avanti e non capire che, probabilmente, la necessità è quella che alcune criticità vanno non affrontate per risolverle in quanto tali, ma vanno affrontate le ragioni per le quali queste criticità si generano, credo che questa sia la necessità, quindi, anche il percorso tecnico istituzionale in un'audizione che genera un tavolo tecnico, credo che sia il percorso giusto, per questo, da tecnico, mi sento di ringraziare i Presidenti della V e della VI Commissione che hanno deciso di assumere, su di loro la necessità dell'avvio di questo percorso.

Detto questo, affrontiamo i problemi dai quali non possiamo distanziarci, per vedere come questi problemi, poi, possano essere, in qualche modo, superati.

Siamo in una fase di transizione che si è generata a partire, in particolare, da questa legislatura.

Intendo dire che la questione del socio sanitario, perché di questo si tratta,una questione che nel nostro paese è stata malamente affrontata, dovremmo partire addirittura dal '78 quando non si riuscì a mettere insieme una riforma che fosse una riforma non solo sanitaria, ma sociale e sanitaria, da quel momento c'è stata sempre di più, sul piano normativo, sul piano regolamentare, una discrasia forte tra una legislazione che si ancorava, la 616 del

'77 e , invece, una riforma che metteva in campo un sistema sanitario nazionale.

Dall'altro lato ancora, qui facciamo un salto cronologico profondo, mantenere divise le responsabilità e, quindi, la governance del sistema d'offerta dei servizi sanitari, questa distinzione ha, in qualche modo, generato una serie di contraddizioni, in ultime quelle che la crisi attuali che incombe, che pesa, in particolar modo, sugli enti territoriali, in particolare i comuni, ovviamente, tutto questo, quindi, la contraddizione di una governance separata, insieme alla crisi, che il sistema degli enti locali sta subendo, ormai dal 2008, in maniera pesantissima, tutto questo ha generato le contraddizioni che dicevo, alle quali si sono aggiunti i problemi che, poi, i singoli settori e gli ambiti specialistici di riferimento subiscono.

Va aggiunto un altro aspetto che non è di poco conto, cioè, il fatto che nel nostro Paese abbiamo un sistema di accreditamento dell'offerta dei sistemi che non può separare l'offerta pubblica da quella privata, perché privata non è, è un sistema accreditato che, nel caso delle politiche sociali, addirittura, è obbligato, nel senso che la 328 dice che tutta l'offerta dei servizi alla persona viene fatta non dal pubblico, ma attraverso il sistema dell'impresa sociale, quindi, evidentemente, ancora una volta si genera una contraddizione, quasi che le trattative, che sono trattative sulla retta, piuttosto che sulle organizzazioni, piuttosto che sulle offerte, sono trattative che scimmiottano, in qualche modo, la logica di natura politico sindacale, ma che non hanno i fondamenti per essere trattative di questa natura, per cui, ancora una volta, il tavolo che si intende mettere in campo, quindi, ancora una volta, consentitemi di dire che mi sembra la strada giusta, perché parte da questa considerazione, che ci sono attori che sono attori del sistema e che devono essere, in qualche modo, messi in relazione, in filiera, per così dire, perdonatemi se mi sono dilungato, ma avevo necessità di fare questo riferimento.

L'Assessore Russo, che stamattina non è presente, perché è sopraggiunto un impegno dal quale non si è potuto sottrarre ha segnato il punto di partenza allorquando si instaurò un primo tavolo, che fu messo in campo dal Presidente Caldoro all'inizio della legislatura, in qualche modo, è il luogo da cui si è partiti e si è arrivati ad oggi, alle necessità che stiamo mettendo in campo.

Tale tavolo decise di affrontare il tema del comparto socio sanitario che risentiva delle questioni a cui facevo cenno prima, quel tavolo vide, finalmente, la possibilità, qui faccio un'autocritica e la faccio da tecnico, rispetto alle competenze tecniche, per molti anni l'apparato tecnico – amministrativo della sanità e del sociale ha parlato a singhiozzo non perché Romano piuttosto che Oddati avevano idee diverse, sarebbero state irrilevanti, noi, per fortuna, abbiamo dei riferimenti che sono generati dai regolamenti, quindi, alla fine ci si confronta e si arriva alla soluzione, il problema è che quelle differenze venivano dalle spinte diverse, di interessi rispetto a come mettere in campo servizi alla persona e tutelare servizi alla persona di natura sanitaria.

A partire dal 2010 è stato possibile, finalmente, mettere in campo una filiera seria anche dal punto di vista istituzionale, lo mettiamo dentro la storia che, poi, ha generato l'incontro di stamattina, comunque, le linee guida sull'assistenza domiciliare, la messa in campo degli strumenti di valutazione integrata, le linee guida per la salute mentale, via via fino alla deliberazione n. 50 del 2012, una deliberazione che definisce con grande forza le competenze, che individua la responsabilità degli attori, siano essi operatori del settore piuttosto che organi istituzionali, una delibera che, addirittura, fa un'operazione straordinaria nei confronti dei comuni, addirittura addossando alla Regione Campania la responsabilità finanziaria del pregresso maturato nei confronti delle A.S.L., quindi, andando a sanare una profonda esposizione dei comuni per il 2010 ed il 2011, andando anche a definire un criterio sul quale si definisse chi paga, che cosa e quando, perché il tema sta qua, andare a definire chi paga, che cosa e quando, il quando è fondamentale per far funzionare il che cosa.

Questo approccio ha consentito che la Giunta regionale dicesse ai comuni, quindi, rendendo chiaro, in un momento di difficoltà finanziaria, straordinaria, degli enti locali, rendendo chiaro quale dovesse essere, da parte dei comuni, la messa in campo del proprio impegno, poi, perdonatemi un'altra cosa che non è di poco conto, i governi che si sono succeduti dal 2000 ad oggi, tutti, nessuno escluso, non hanno, per conto dello stato, fatto un atto che era fondamentale, che era necessario, l'indicazione della fissazione

dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Questa scelta dei governi che si sono succeduti negli anni è stata proprio per non esporre lo stato al dovere, all'obbligazione della messa in campo di risorse, andiamo a fare un primo ragionamento: Che tipo di risorse mette in campo lo Stato? Mette in campo risorse di natura perequativa, vale a dire non finanzia i servizi sociali lo Stato, ma mette in campo risorse – questo è detto dal 119 della Costituzione, poi definito nelle leggi a partire dalla 328 – risorse per mantenere un equilibrio tra il cittadino di Canicattì e il cittadino di Bolzano, per garantire ai due cittadini pari dignità di prestazione sociale, ciò significa che, invece, la titolarità piena in obbligazione nei confronti dei servizi alla persona sono degli enti territoriali, gli enti territoriali sono le regioni, sono gli enti locali.

Per questo motivo la Regione Campania dice, nella delibera 50: Bada bene, comuni che mettiamo in campo in 50% per il 2012, per andare a colmare l'esposizione che i comuni devono assumersi, quindi, andando anche ad immaginare una graduazione senza i livelli essenziali, con un piano sociale regionale, il primo piano sociale regionale adottato dalla scorsa legislatura, che è stato uno strumento straordinario, importante, perché, finalmente, a partire da quel momento si è messa in campo un'idea di sistema dei servizi sociali.

Il piano sociale del 2009 è quello che in queste ore è all'attenzione della VI Commissione, cioè il secondo triennio di piano, quindi, il 50% delle prestazioni per il 2012, siamo ancora in esercizio provvisorio, ma posso dire che sulla base delle risorse che si rendono disponibili, ivi comprese quelle nazionali oltre che quelle locali, sono convinto di poterlo dire dal punto di vista tecnico, poi, ovviamente, ci sarà il livello di natura politico istituzionale che potrebbe confermare la stessa misura anche per il 2013, questo è l'impegno che l'Assessore Russo intende assumere da questo punto di vista e che credo potrà essere, sia dal punto di vista tecnico che politico istituzionale, confermato.

Il problema è mettere in campo un sistema, il sistema non può essere altro che quello di perseguire, questa è un'indicazione di natura tecnica che, però, ha dei risvolti forti ed importanti, mi avvio alla conclusione, però, mettendola sul tavolo questa cosa da un punto di vista tecnico, fatto salvo quello che la dimensione

politico istituzionale dovrà mettere in campo.

Non è più possibile immaginare di perseguire l'integrazione operativa senza che vi sia un governo unitario dell'offerta di servizi, senza un governo unitario l'integrazione non si realizza, anzi si frantuma, non è possibile che c'è un'assistente sociale pagata dall'A.S.L., un'altra pagata dal Comune, le quali non lavorano insieme sulla stessa filiera operativa e non è possibile neanche che un'operatrice pagata dal Comune prenda 3 euro e l'altra ne prenda 30, nel senso che c'è una sperequazione anche in termini di messa in campo della medesima professionalità, hanno un costo diverso, questo non è possibile, come non è possibile che quello che è stato speso dal 2000 ad oggi, per quanto riguarda le politiche sociali, solo il 40% è trasformato realmente in servizio alla persona, l'altro 60% è stato un mettere in campo un'organizzazione che ha duplicato offerte che già sul territorio ci sono, che sono le offerte che potrebbe mettere in campo, con la propria forza operativa, il sistema socio sanitario, allora, a questo punto credo che sia necessario immaginare una sorta di indice di lavoro di questo tavolo, che ognuno di voi, spero, negli interventi, vorrà alimentare, dal punto di vista tecnico le questioni sono quelle di andare a mettere mano ad una possibilità, dove l'erogatore delle prestazioni possa avere, quanto meno interlocutori possibile in termini di fatture e di prestazioni, quindi, ridurre da questo punto di vista, anche se non è solo la questione vera quella che bisogna affrontare, per fare questo, per risolvere una volta per tutte, il tema è quello di andare a mettere mano ad una governance unitaria nei territori del sociale e del sanitario, ricordando a tutti noi che mentre le A.S.L. sono organismi territoriali della Regione, per quanto riguarda i comuni, i comuni sono regolati dal testo unico, quindi, hanno un'autonomia che, necessariamente, non può essere, in nessun modo, valicata, ma è per questo che c'è necessità di immaginare una governance che sia una governance territoriale unitaria e che si ribaldi anche sulla Regione, perché il problema che abbiamo è che la governance unitaria, al di là della capacità dei tecnici di lavorare insieme, non c'è governance unitaria neanche a livello regionale, specialmente nel momento in cui non abbiamo un Assessore alla sanità, ma abbiamo un Commissario, quindi, non

abbiamo neanche la dimensione politico istituzionale, di governo di un sistema, quindi, sono questi i temi, speriamo che riusciamo ad affrontarli tutti su questo tavolo. Grazie!

PRESIDENTE SCHIANO – Stiamo studiando per questo, ecco il motivo del tavolo.

Il problema è quello economico, ma anche è quello di creare definitivamente una governance unitaria, non a caso, forse, oggi il ruolo del Consiglio regionale, e della audizione congiunta, vuole essere un traduttore tra le parti per fare in modo che si arrivi, con un lavoro di tutti, ad avere una governance unica, perché a questo punto riusciremo ad avere un miglior servizio risparmiando e ottimizzando meglio i costi, come, appunto, stavi dicendo prima.

So bene che molte volte il flusso economico al 40% ricade sui servizi alle persone e il 60% è tra lacci e laccioli per quanto riguarda il sistema delle organizzazioni, è anche una valvola di sfogo sociale.

Oggi dobbiamo avere la capacità, ecco il perché dell'istituzione di questo tavolo, per fare in modo che si riesca, tutti nelle, a ragionare per arrivare ad avere una formulazione puntuale e precisa, che ci porti ad una governance che ci porti ad avere dei risultati migliori.

La parola alla dott. ssa Romano.

ROMANO ROSANNA – G.R.Drigente AGC20 - Cercherò di essere piuttosto breve e schematica rispetto a quelle che sono le questioni in campo.

Il dott. Oddati ha fatto un percorso sia dal punto di vista della partita che delle criticità, però, alcune cose, dalla responsabilità dell'ambito sanitario, vanno sottolineate.

Quando sono stati emanati i livelli essenziali di assistenza, nel 2001, sapete benissimo il DPCM sui livelli essenziali di assistenza è dettato a tutte le regioni ed è un compito principale dello Stato a cui la sanità non poteva e non può che applicare.

Dal 2001, dal momento del recepimento di questo DPCM, abbiamo vissuto tutte le criticità di percorso, ma che abbiamo sempre affrontato come Regione all'interno del sistema di offerta sanitaria che tutti conoscete e che, negli anni, si era radicato sul territorio con l'offerta socio sanitaria e riabilitativa, soprattutto, in massima parte.

Questa partita è durata dal 2001 al 2010 e in questo periodo ci sono stati vari tentativi

per iniziare l'applicazione graduale della compartecipazione, prima con una fase di sperimentazione, poi, nel 2006, quando siamo entrati nel primo piano di rientro, con una vera e propria ricognizione economica che faceva capire al Ministero che, in qualche maniera, la situazione era sotto controllo, quale era l'entità del fenomeno, nel 2006 fu fatta una ricognizione di circa 40 milioni di euro di quota di compartecipazione che le A.S.L. avrebbero pagato per conto dei comuni e dell'utenza.

Questa cosa, ovviamente, per far capire che in qualche maniera la situazione era sotto osservazione e c'erano anche delle esperienze di compartecipazione, di progettazione integrata, di bilanci e di programmi socio sanitari condivisi tra comuni, utenza e sanità, ovviamente in maniera molto disarticolata, non omogenea sul territorio, non si poteva consentire che un livello essenziale di assistenza, in una A.S.L., fosse consentito come accesso, quindi, come sistema di uguaglianza e in un altro territorio no, cioè, un cittadino che riceveva la prestazione in un territorio era un cittadino di serie A e un altro di serie B, questo, nei livelli essenziali non lo potevamo consentire, ovviamente, ci sono state esperienze trainanti che hanno, in qualche maniera, dimostrato questo percorso di condivisione e di responsabilità, perché, poi, alla base di questo contenitore di norme, che è il DPCM sui livelli essenziali... non c'è altro che una condivisione di responsabilità, di presa incarico dell'utente, di quelle categorie di utenti, cosiddetti soggetti fragili e vulnerabili, di quella categoria di utenti cosa, in termini sanitari, in termini economici, in termini sociali e chi, come dicevamo e come ho affermato l'altra volta, chi può deve e chi non può deve essere aiutato.

Quando c'è la fascetta "compartecipazione con nuovo utente" c'è la responsabilità di verificare se l'utente può o non può, perché abbiamo tutti coscienza che chi è nelle condizioni di poter compartecipare, deve compartecipare e non lo può fare a scapito di chi non lo può fare, questo è un dovere che il DPCM, in qualche maniera, ci ha consegnato, cioè, il concetto di livello essenziale di assistenza, materia principale dello Stato, è proprio quello di consentire a tutte le regioni di erogare servizi essenziali, purtroppo si è aggiunta la parola "minimi" e non sarebbe questa la caratterizzazione da dare nei livelli minimi

di assistenza, però, vuol dire omogenei? Vuol dire uguali per tutte le Regioni.

Questi minimi ci devono stare, fino ad ora li ha caricati solo la sanità.

Quando siamo entrati nel commissariamento e con l'osservazione del Ministero dell'economia e delle finanze, oltre che della salute, di tutti i nostri provvedimenti, vengono praticamente passati, vorrei veramente farvi stare una volta nei nostri panni, il provvedimento viene passato a setaccio da due uffici, quello dell'economia e delle finanze ovviamente, su ogni provvedimento vi è la specifica della competenza economica, impatto economico quando il provvedimento presenta delle criticità, e quando il provvedimento, invece, ha degli impatti economici positivi sul rientro e così via.

L'ultimo provvedimento oggetto di discussione, cioè, il decreto sulla distribuzione della suddivisione della fatturazione, in quanto già i precedenti impegni assunti dallo stesso commissario, in quel caso fu Zuccatelli, perché quando è stato attivato il primo modello di compartecipazione, fu allegato prima ad una delibera e poi al decreto 6 del 2010, il Ministero ci ha dato un tempo per verificare se quell'applicazione, quella responsabilità del territorio, con la responsabilità degli ambiti territoriali e delle A.S.L., recita proprio così: "Le A.S.L. concordano, con gli ambiti territoriali, le modalità di compensazione" senza mai utilizzare la parola "anticipazione", questo perché abbiamo imparato il linguaggio che loro voglio adottare.

Il concetto di anticipazione nemmeno era consentito in un commissariamento.

Si presupponeva che l'A.S.L. erogasse la prestazione e il comune compensasse la sua parte.

In alcuni casi, in questi anni, questa cosa già era a regime in alcuni territori, ma senza fatturazione disgiunta, con tutte le implicazioni economico finanziarie che le associazioni di categoria, ovviamente, potevano compiere in termini di operazione di rientro, in termini di aggiustamento di bilancio, in termini di gestione del personale, con una fatturazione unica, questo è il dato su cui si concentrava la nostra attenzione.

Il concetto di unica fatturazione e di sdoppiamento di fatturazione.

Quando il Ministero, osservando i bilanci delle A.S.L., in questi anni, ha verificato

che il rientro su responsabilità affidata all'A.S.L. era lento ed era ancora al di là da venire e le A.S.L. appostavano in bilancio delle cifre da avere da soggetti pubblici, questa chiusura era lenta, ci hanno detto: "Il tempo per far adattare il territorio è finito, dovete arrivare alla fatturazione disgiunta".

Il tempo per far adattare un territorio: 10 anni più 2 anni di decreto commissariale è più che un tempo congruo per fare adattare il territorio ad un livello essenziale di assistenza per cui siamo arrivati al decreto 77, alla delibera 50. Sulla delibera 50 c'è stato dato un parere di due pagine, molto articolato, non vi ho portato, che conclude così: "E' apprezzabile lo sforzo della Regione Campania e si intravedono, nei provvedimenti, elementi di monitoraggio, di governo e di gestione del processo, ma vogliamo sapere: quanto hanno avuto le A.S.L. dal 2001 al 2012; dove sono appostate le risorse; cosa è stato dato e a chi".

Ovviamente questo ci ha destabilizzato, stiamo facendo l'analisi, la ricerca ed è pronto il riscontro, però, capite che non abbiamo più alibi e se siamo arrivati a questo punto non ci sono più sconti su questa partita, siamo arrivati al punto di non ritorno.

Nel gruppo di lavoro bisognerà individuare delle strategie: una strategia di brevissimo termine che consente di superare questa fase di transizione faticosa per il territorio nella diffusione e nella fruizione di questo provvedimento normativo; una di sviluppo a medio e lungo termine, cioè, di infrastrutturazione definitiva del sistema con chiare responsabilità, con chiari bilanci, con chiare partite di risorse, il più possibilmente unitarie, guardando le esperienze fatte nelle altre regioni che questo passaggio lo hanno fatto prima di noi e su certi argomenti e su certi temi, per esempio, la Toscana che ha iniziato questo ragionamento con la costituzione dei distretti socio sanitari costituendo le società della salute, non le case della salute, le società della salute, adesso sta un po' tornando indietro su alcune cose.

Prendiamo il meglio di queste esperienze e la Commissione deve darsi un tempo, non sono cose che si possono portare per lunghi tempi, però, deve avere la possibilità di poter studiare questi processi e vedere l'adattabilità e la replicabilità sul nostro territorio. Non è detto che quel

modello è adattabile o replicabile sul nostro territorio.

Con queste premesse c'è tutta la nostra massima partecipazione e collaborazione al gruppo di lavoro.

PRESIDENTE SCHIANO – Apprezzo sia l'intervento del dott. Oddati che quello di Rosanna Romano.

Questa mattina, al di là di spiegare quello che è successo, dobbiamo cominciare leggi alla mano, per vedere di mettere su un sistema per quello che dovremo fare e quello che vogliamo fare, sempre nella cornice che tutti sappiamo, tenendo presente che vi sia compatibilità tra la parte economica e quella legislativa. Poiché siamo un Ente legislativo come Regione Campania, dobbiamo fare in modo che, alla fine, a parità di risorse e con equità di spesa che vengano fuori proposte e univocità di intendi, ma soprattutto di interlocuzione, altrimenti, si va allo sbando. E' questo quello che dobbiamo fare.

Tutto passa attraverso l'audizione perché volevamo fare un passaggio istituzionale affinché nascesse questo tavolo di lavoro come abbiamo concordato e questo tavolo di lavoro dovrà sviluppare tutto quanto è possibile affinché si arrivi ad avere un ragionamento unico e soluzioni unitarie.

POLIZZI PIERPAOLO – PRESIDENTE ASPAT - Mi piace la considerazione dell'onorevole Baldi, diceva: "Pierpaoli non dimenticare di far comprendere a tutti quelli che interverranno il retroterra che sta dietro questa cosa che stiamo svolgendo e che il Presidente Schiano e la dott.ssa Ruggiero hanno interpretato attraverso un'attività istituzionale – tecnica di costituzione di questa Commissione".

La Commissione avrà caratteristiche di Commissione permanente e paritetica; permanente perché abbiamo bisogno di mettere su un organismo unico dove tutte le componenti della vicenda assistenziale possano avere la loro possibilità di partecipare e di governare questa cosa che sembra di capire, sia abbastanza complessa e che soprattutto abbia sempre, ancora oggi, i caratteri di passaggio, da una fase all'altra. Questa cosa ce la siamo sentiti dire anche un anno fa, che c'è la possibilità di generare un sistema nuovo, di governarlo insieme, perché il passaggio del sistema di integrazione socio – sanitario che ispira tutto il Governo è ancora da farsi. La delibera 50, quella che si

ricordava poc'anzi, che definisce ruoli, chiarisce le situazioni, in realtà è una delibera che si fonda su un principio, quello per il quale la nostra attività debba scriversi ai livelli essenziali di assistenza in assenza di una normazione che riguarda il socio assistenziale dove ad oggi non abbiamo: contratti, linee guida, parametri, accreditamento; cioè, siamo pressati, in qualche modo, a quest'area sociale per integrare la nostra prestazione, ma ben consapevoli che le nostre radici, il terreno nel quale abbiamo saldamente i piedi e del quale rivendichiamo la soggettività è il terreno sanitario. Lo abbiamo detto a chiare lettere anche nell'incontro del 18 all'auditorium, dove i nostri interventi erano tagliati sotto questa prospettazione, disponibili a collaborare a questa innovazione e a questo sistema, però, salvaguardando la vita delle aziende che ad oggi non hanno ancora ricevuto un euro dal sociale per il 2012. Questo è un dato di fatto. Dobbiamo necessariamente immaginare che questi ragionamenti li filtriamo alla luce dell'esperienza aziendale, dei centri che hanno bilanci, impegni, hanno un f24 da onorare.

PRESIDENTE SCHIANO – Abbiamo detto che dobbiamo impiantare un tavolo per discutere di queste cose, probabilmente, potevamo già chiudere, stiamo discutendo perché ci stiamo confrontando, ma alla fine il tavolo servirà al confronto e a mettere su proposte che vanno digerite e valutate.

Il tavolo nasce perché vuole portare insieme, con più menti e più teste sedute, ad inquadrare bene il problema.

POLIZZI PIERPAOLO – Non ho parlato delle situazioni finanziarie delle quali gravemente stiamo penando ogni sorta di penalizzazione, sto dicendo che siamo disponibili all'interno del tavolo a fare la nostra parte relativamente all'integrazione socio sanitaria che debba costruirsi nel tempo, secondo i tempi che il tavolo detterà che saranno tempi brevi, brevissimi, medi e lunghi, in ragione degli obiettivi che si porrà. Tutto questo, sostanzialmente, se non è attuato nell'immediato siamo in una situazione di non ritorno. Abbiamo necessità di gestire questa cosa; siamo tutti dell'opinione di rendere unica la procedura entro cui opereremo in questo sistema, abbiamo necessità di avere un unico interlocutore.

Mi corre l'obbligo di ringraziare tutti i partecipanti, in particolar modo i Presidenti delle Commissioni, le

componenti tecniche, ci siamo, siamo pronti per partire, l'importante è che questa convocazione avvenga in tempi brevissimi, siamo in una situazione disastrosa.

BALDI – Consigliere Regionale - Nonostante gli sforzi che la Regione Campania, da molto tempo, sta facendo nel campo dell'integrazione socio sanitaria sia da parte del dott. Oddati che dalla dott.ssa Romano, penso che siamo ancora lontani da verificare e da attuare la vera integrazione socio sanitaria, legge 11 del 2007, piano sociale regionale del 2009 che è scaduto, ma non è ancora entrato nella testa degli enti locali cosa è la vera integrazione socio – sanitaria.

Abbiamo partecipato a più tavoli e spinto sulla reintegrazione, ma non c'è stata, c'è stata un vuoto della governance unitaria da parte del sociale e da parte del sanitario, quindi, si faceva la rincorsa senza venire intorno al raccordo che ponesse fine ad una situazione che alla fine ha dovuto dire: "Mettetevi d'accordo perché bisogna avere un discorso condiviso tra sociale e sanitario".

Condivido gli interventi degli organi istituzionali, della Regione Campania, però, oggi la necessità più importante, lo sottolineava il dott. Polizzi e il rappresentante delle associazioni socio sanitaria è di avere un percorso rapido che individui una soluzione immediata per il pregresso, la dott.ssa Romano e il dott. Oddato hanno dato una piena apertura su un percorso che sia condiviso, quindi, una situazione rapida del pregresso perché in questo momento, ognuno di noi, viene raggiunto da tante telefonate di amici e delle strutture che sono in affanno, sia per assicurare l'assistenza ai cittadini, sia per assicurare il lavoro ai dipendenti, quindi, sono in grossissime difficoltà; poi, di dare una posizione unica, condivisa, per quanto riguarda il futuro che è quello che gli altri attori istituzionali hanno detto, della compartecipazione, delle fatturazioni e quanto altro, bisogna uscire fuori dagli equivoci ed avere un'uniformità di intendi, da dove si mette un punto fermo, un punto di inizio e un percorso che deve essere in rapporto alle leggi dello Stato e in rapporto alle nostre leggi regionali e decreti commissariali.

Il ruolo della politica è di dare una risposta immediata alle tante strutture che sono sul territorio della Regione Campania che stanno soffrendo e auspicano, dalla

politica, l'attenzione che c'è stata, però, la risoluzione dei loro problemi.

PRESIDENTE SCHIANO – Ringrazio l'onorevole Bandi, ma ritengo che mai come questa volta la politica, nella sua totalità, lo dimostrano anche le presenze in ogni occasione, sta facendo di tutto.

PETRONE – Consigliere Regionale - Concordo pienamente con quanto detto dal collega Baldi, secondo me non dobbiamo perdere di vista la fase dirigenziale che ci ha portati ad essere qui e a dare una sterzata decisiva su questo tema, non dobbiamo dimenticare che l'Ormel sta procedendo con le casse integrazioni, quindi, improvvisamente ci potremmo trovare un'interruzione dei servizi e delle prestazioni. In tutto questo dobbiamo coinvolgere anche gli ambiti che sono gli interlocutori principali.

Dobbiamo fare sintesi, ma dobbiamo lavorare su due binari: uno di risolvere la fase emergenziale e uno politico di programmazione che vada alla risoluzione del problema.

Credo che dobbiamo stringere i tempi, è inutile girare intorno alle situazioni, saremo in campagna elettorale tra pochissimo, quindi, i tempi si diluiranno ancora di più, ma c'è una realtà che non ha tempo da attendere, quindi, dobbiamo essere mirati e operativi in tempi strettissimi.

PRESIDENTE SCHIANO – Credo che questa mattina abbiamo fatto un passo importante. Entro domani metterò insieme tutti i rappresentanti che comporranno questo tavolo di lavoro e sicuramente cominceremo a lavorare da subito trasferendo l'istituzione all'Assessore Russo che in Giunta se ne fa carico.

Il vero problema che dobbiamo risolvere è quello della compartecipazione dei comuni, nel momento in cui il 50% sanitario viene pagato, il 10% che già abbiamo risolto con la determina del dott. Oddati, il 20% regionale, rimane appeso il 20%.

VALIANTE A. Consigliere Regionale– Nella spesa complessiva che avete calcolato c'è anche l'attività di gestione che viene svolta a livello locale?

Se questo può essere opinizzato come percentuale che scarica la quota dei comuni, probabilmente, ci sta

PRESIDENTE SCHIANO – Nessuno di noi lo può fare contro legge.

Ritengo che questa mattina abbiamo fatto un passo in avanti, avrò il compito di riconvocare questo tavolo, nella giornata di

oggi recepisco tutti i nomi e andiamo a formalizzare il tavolo.

La seduta è tolta.

I lavori terminano alle ore 14.00