RESOCONTO INTEGRALE N. 019
DELLA SEDUTA DI AUDIZIONE V COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE DEL 02 febbraio 2022.

ARGOMENTO DELL'AUDIZIONE:
Delibera di Giunta n. 599 del 28/12/2021. (Assegnazione provvisoria per l'esercizio 2022 dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale).
.

ELENCO PARTECIPANTI E INTERVENUTI:
Ettore Cinque, (Assessore al bilancio – finanziamento del servizio sanitario regionale);
Salvatore Scognamiglio, (Federbiologi - Cofapi);
Lorenzo Latella, (Cittadinanza attiva – tribunale per il diritto del malato);
Eugenio Basile, (Confindustria sanità);
Gaetano Gambino, (Presidente AISIC);
Luigi Muto, (Fedi Salute - Confcommercio);
Silvio Siciliano, (Feder Cardio);
Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania);
Guido Nastasi, (UIL sanità.);
Carlo Spirito, (Feder Consumatori Campania.);
Vittorio Iaccarino, (Sindacato nazionale radiologi);
Rosalba Cenerelli, (CGIL sanità);
Salvatore Cortese, (Anisap Campania);
Gianpiero Zinzi, (Gruppo Lega - Campania);
Maria Muscarà, (Gruppo Misto – M.5.S.);
Valeria Ciarambino, (Gruppo M.5.S.);
Luigi Abbate, (Gruppo Campania Libera – Noi Campani – P.S.I.);
Francesco Emilio Borrelli, (Gruppo Più Europa, Liberaldemocratici – Moderati, Europa Verde.);
Diego Venanzoni, (Gruppo De Luca Presidente);
Francesco Picarone, (Gruppo P.D.);
Carmela Fiola, (Gruppo P.D.).

Presidenza: il Presidente Vincenzo Alaia.
Inizio lavori ore 14:30

Presidente: Buon pomeriggio. Diamo inizio ai lavori dell'audizione. Ringrazio l'assessore Cinque, il dottor Postiglione, il dottor Pietro Buono e il dottor Ugo Trama per la presenza. Ringrazio i colleghi Consiglieri che stanno partecipando sia in presenza che in remoto e un grazie a tutte le organizzazioni di categoria che hanno accolto l'invito. Quest'audizione nasce su richiesta della collega Maria Muscarà e dal collega Zinzi, l'oggetto dell'audizione, l'avete letto, è per quanto riguarda la delibera 599 del 28 dicembre, avente ad oggetto "Tetti di spesa". Organizzerei in questo modo: facciamo fare una breve relazione all'assessore Cinque, dopodiché passiamo agli interventi delle organizzazioni e poi chiederemo un aiuto da parte dell'organizzazione regionale, dal dottor Postiglione, Pietro o Buono e Ugo Trama. Assessore, prego.

Ettore Cinque, (Assessore al bilancio – finanziamento del servizio sanitario regionale):
Grazie Presidente. Buonasera a tutti. Saluto tutti gli intervenuti che sono in remoto, non so chi siano, ma ho visto le Associazioni che sono state invitate, sono Associazioni con le quali ci confrontiamo continuamente. Penso sia doveroso, da parte nostra, aprire questa Seduta di approfondimento che reputo assolutamente importante su un tema che impatta sull'assistenza, su tanti cittadini e utenti del sistema sanitario regionale per rappresentare qual è il motivo per il quale la Giunta ha ritenuto, dopo tanti anni, di intervenire con questo provvedimento che è solo uno dei tasselli che comporrà un mosaico un po' più ampio e che magari nel corso della discussione sarebbe anche auspicabile che venisse fuori. Il mio intervento di apertura è destinato a focalizzare l'attenzione su queste cose, corre l'attenzione su alcune premesse, il sistema che abbiamo conosciuto negli ultimi anni per l'assegnazione dei tetti di spesa per la specialistica ambulatoriale, i cosiddetti tetti di branca, è un sistema che non può considerarsi soddisfacente. Tutti noi sappiamo che verso settembre-agosto di ogni anno il tetto veniva esaurito, tutti noi sappiamo che non è un problema esclusivamente di soldi, anzi, ora lo sappiamo molto meglio di prima, perché se n'è parlato anche sulla stampa, la Regione ha recepito un provvedimento di un commissario ad acta nominato da un Consiglio di Stato che ha fatto un'ampia disamina, in realtà, il fabbisogno l'avevamo anche già stimato noi per il 2020, 2021 e 2022 con la delibera 354, il commissario ad acta si è invece attenzionato sugli esercizi 2018 e 2019. Le differenze di metodo e di risultato non sono così eclatanti come invece

si è voluto rappresentare, ma di fatto emerge nel suo lavoro, come nel nostro lavoro, una plastica rappresentazione di un Sistema Sanitario Regionale che su questa parte della specialistica ambulatoriale è totalmente sbilanciato verso il privato accreditato. È un fatto storico, non è che accade quest'anno, l'anno scorso o due anni fa, questa Giunta o la precedente. Da sempre è così. Non è il caso di fare la storia del servizio sanitario regionale, ma è sempre stato così. Vi dico solo che siamo praticamente la terza o quarta Regione d'Italia a destinare una quota di spesa corrente al privato accreditato più elevata rispetto alle altre Regioni, prima è la Lombardia. La Lombardia è la Lombardia, peraltro, ha un privato, soprattutto in campo ospedaliero, che attrae mobilità attiva da tutt'Italia, se non anche dall'estero. Poi, c'è il Lazio e anche il Lazio è il Lazio, perché ha gli ospedali religiosi, il Vaticano ha molte strutture che sono qualificate come privato, quindi, è molto nutrito. Poi, c'è il Molise, ma direi che non fa tanto testo sia per la dimensione e sia perché ha due privati che sono molto grossi in una Regione molto piccola, che è quasi come un nostro Quartiere di una grande città, non fa storia. Poi, ci siamo noi, noi che siamo mediamente il 23 o il 24 per cento della spesa sanitaria corrente al privato accreditato, la media nazionale è il 19 per cento, in Lombardia è il 28 o 27, il Lazio 26 o 27. Non si può certo dire che il problema sulla specialistica ambulatoriale di questa Regione sono la carenza dei fondi o la penuria dei tetti di spesa. Devo aggiungere che voi conoscete bene che tutta questa materia è disciplinata dalla *Spending Review,* una norma nazionale, ci stiamo comunque battendo come le altre Regioni per introdurre maggiori flessibilità perché i tetti sono vincolati da questa norma al 2011, nel frattempo è successo l'ira di Dio, il fondo sanitario nazionale è cresciuto molto, però i tetti con i privati sono vincolati ancora al 2011. Sicuramente, e so che i Ministeri, anche quello dell'Economia è sensibile su questo tema, quindi, qualcosa avverrà e noi siamo tra i promotori di quello che sta per avvenire. Se oggi parlassimo del fatto che i tetti sono sottodimensionati, non coglieremmo il tema. C'è un pubblico che deve crescere, in questo periodo storico non è semplicissimo farlo crescere, perché veniamo fuori da anni nei quali con la pandemia ovviamente le attività si sono complesse e comunque molto spostate verso l'assistenza Covid, speriamo che tra poco potremmo considerarlo semplicemente come storia. Il vero tema per il quale abbiamo compreso che non c'era più da aspettare e bisognava intervenire, seppure con un provvedimento provvisorio che entro il 30 aprile dovremo ridefinire, rielaborare, ieri abbiamo fatto una lunghissima riunione con le sette Asl perché le sette Asl ci dovranno dare, a breve, il liquidabile e il liquidato del 2018, 2019, 2020 e 2021, così da partire con un dato più solido, più ampio, più ragionato, più metabolizzato, con tutti i controlli applicati, come da linee guida, da delibere regionali e così via. Quello che voglio dire è che non c'era più da aspettare, ricorderete che l'anno scorso abbiamo stanziato 72 milioni aggiuntivi per la specialistica per il recupero delle liste d'attesa. 72 milioni non sono pochi, ebbene, sono durati un mese, in qualche realtà un mese e mezzo. Probabilmente era necessario equiparare la specialistica ambulatoriale alla stessa maniera di altri settimi assistenziali perché, dovete sapere, con le case di cura, con la riabilitazione, con l'fkt, la dialisi, già da anni affidiamo tetti di spesa per singola struttura, questo aiuta l'Ente pubblico ad un maggior controllo, ma aiuta anche la mensualizzazione delle prestazioni, vado verso la chiusura e poi ascolto con grande interesse tutti gli interventi. La cosa, secondo me, più odiosa, e secondo me ci dobbiamo sempre mettere nei panni dell'utente, del sistema che vigeva fino all'anno scorso era che più che era capiente il tetto di spesa unico per tutta la branca, si facevano prestazioni presso il privato praticamente senza lista d'attesa, cioè la lista d'attesa, nel nostro immaginario collettivo è la lista del pubblico, ma non sta scritto da nessuna parte che è così, le liste d'attesa nascono nel Piano Nazionale delle Liste d'attesa per gli erogatori pubblici e privati. Di fatto, abbiamo sempre tenuto indenne il mondo del privato, della specialistica dal rispetto delle liste d'attesa che è un rispetto anche di tempistica, ma anche programmatoria. Voglio ricordare che la norma nazionale dice che le prestazioni classificate come urgenti vanno erogate in 72 ore, quelle brevi in dieci giorni, quelle differibili in 30 giorni se sono visite, 60 giorni se sono diagnostica, quelle programmabili, fino all'anno scorso erano 6 mesi e da quest'anno sono 4 mesi, ma quattro mesi sono 120 giorni. Cosa accadeva prima? Che fino a settembre, in capienza di tetti, chi magari doveva fare una radiografia, non urgente, neanche breve, neanche differibile, ma semplicemente programmata, nel privato la faceva il

giorno stesso, al massimo la mattina dopo, dopodiché, a ottobre, novembre e dicembre, esperienza di chiunque noi, chi chiamava una struttura privata si sentiva dire: la Regione ha finito i fondi, quando noi mettiamo 560 milioni l'anno su questa partita. Voglio dire che nella 599 non abbiamo tolto un centesimo, che sia uno, al tetto che abbiamo dato nel 2021, nel 2020 e nel 2019. Per cui, quello che ho letto e ho sentito dire "di fatto hanno dimezzato i tetti di spesa", è una falsità. Probabilmente c'è nella percezione del singolo operatore che probabilmente ha la legittima aspettativa di crescere nella propria attività, di andarsi ad accaparrare più quote di quel mercato fatto dal tetto unico, che quando ha visto il proprio tetto definito ex ante ci sarà rimasto, peraltro, vi dico che dobbiamo ricalcolare le cose entro il 30 aprile, proprio per vedere se ci sono state sbavature. Non si può dire che la Regione ha arretrato, in termini di finanziamento, la Regione sta provando semplicemente a far inglobare nel sistema di erogazione dei servizi sanitari questa potenza di fuoco che abbiamo come privato accreditato, che è una potenza di fuoco di grandissima qualità e di eccellenza, in molti casi, di innovazione tecnologica, ma che non può essere slegata da quelle che sono le priorità e le modalità di ingaggio del sistema pubblico. Questo avverrà a breve anche con il Cup unico regionale, quindi, avremo la scelta del cittadino che entrando da un'unica porta di ingresso potrà andare verso il pubblico o verso il privato in funzione della vicinanza della prestazione e della tempistica di attesa. Questo, lo possiamo fare solo con i tetti di struttura. Grazie.

Presidente: Grazie assessore Cinque. Passiamo alle organizzazioni. Chi si prenota? La parola al signor Salvatore Scognamiglio.

Gianpiero Zinzi, (gruppo Lega – Campania):
Presidente Alaia.

Presidente: Collega, prima della tua presenza, abbiamo concordato eventualmente una relazione da parte dell'Assessore al Bilancio, sentivamo le organizzazioni e dopo passavamo per gli interventi istituzionali.

Gianpiero Zinzi, (gruppo Lega – Campania):
Mi è chiaro. Ho ascoltato tutto, ero presente. Volevo soltanto ringraziarti della disponibilità all'immediata convocazione dell'audizione da noi richiesta e ringraziare le Associazioni e le Organizzazioni qui presenti perché sono sicuro che questa riflessione comune e questo confronto ci porterà ad ottenere dei risultati che aiutano l'utenza. Tutto qui. A dopo.

Salvatore Scognamiglio, (Federbiologi - Cofapi)**:**
Ho 50 anni di attività professionale e credo di poter dare un contributo. Ho ascoltato l'assessore Cinque che parlava di pubblico e privato. In effetti, noi non siamo privati, siamo laboratori accreditati con delle regole ben precise, se si vuole cambiare quest'organizzazione, è necessaria una riforma complessiva globale. Dove sono d'accordo, e non ho difficoltà a dirlo, che il tetto di struttura può dare una maggiore e più efficace programmazione della spesa sanitaria, ma anche delle esigenze e dei bisogni, della domanda sanitaria. Non ci dobbiamo dimenticare che la domanda sanitaria, delle prestazioni sanitarie, va fisiologicamente ad aumentare, quindi, anche su questo dovremmo fare un ragionamento. Dove non ci siamo è che il fabbisogno che è fondamentale per poter erogare un servizio soddisfacente a tutta la popolazione, non è stato mai effettuato con puntualità dalla nostra Regione. Ci si è basati sulla spesa storica, la spesa storica non ha senso se non guardi la realtà territoriale e quelle che sono le necessarie prestazioni di cui ha bisogno la popolazione. Questa delibera, che c'è parsa non dico improvvisata, ma dettata in tempi brevi, risente di un intervento, tra l'altro non ho mai visto un intervento regionale che andava a diventare efficace a distanza di pochi giorni, quindi, ha scombussolato tutto un sistema creando chiaramente dei problemi a tutti quanti. Il problema si basa innanzitutto sull'identificazione del fabbisogno necessario per la popolazione. Tutti gli interventi che sono stati effettuati fino ad oggi, addirittura tetti a tre mesi, tetti mensili, una programmazione sanitaria va fatta seriamente, tenendo conto e partendo dai reali bisogni della popolazione. Poi, possiamo ragionare su tutto. Questa delibera, purtroppo, non parte da un fabbisogno reale, si prendono in considerazione le spese di due anni, due anni particolari, 2020 e 2021, dove non solo ci sono state delle difficoltà per la popolazione di accedere ai servizi sanitari, non dobbiamo dimenticare che sono stati bloccati i servizi

essenziali, come se il problema sanitario fosse solo ed esclusivamente quello del Covid, abbandonando tutte le altre attività sanitarie che sono state bloccate, quindi, partendo dalla spesa storica, 2020 e 2021, secondo me, non è che si commette un errore, si può prendere, però bisogna tener presente quest'aspetto che è sottostimato. Non dobbiamo dimenticare che non abbiamo lavorato dodici mesi, quindi, significa che quel valore economico della spesa non era adeguato a soddisfare neppure i dodici mesi, pur tenendo presente che quel valore si riferiva a un periodo particolare. Una riflessione su questo bisogna farla.

Presidente: Dottore, chiedo scusa, siccome sono tantissimi gli intervenuti, se può ridurre i tempi. Faccio la raccomandazione di non duplicare le domande, approfittiamo della presenza sia dell'Assessore sia dei vertici della Regione, per quanto riguarda la Sanità, per semplificare la cosa. Grazie.

Salvatore Scognaamiglio, (Federbiologi - Cofapi)**:** Semplicemente dico che quella delibera si basa su un tetto che non è applicabile perché parte da un presupposto sbagliato che non tiene conto dei reali fabbisogni.

Presidente: Ha chiesto la parola Lorenzo Latella, prego.

Lorenzo Latella, (Cittadinanza attiva – tribunale per il diritto del malato)**:**
Una serie di sottolineature rispetto a quello che ha detto l'assessore Cinque che ha parlato di quasi sovrapponibilità tra il fabbisogno previsto dalla 354 e quanto stabilito, invece, dal commissario Ambrosiano. Da quelli che sono i dati in nostro possesso, c'è una discrepanza tra gli 8 e i 10 milioni di prestazioni che non sembra una sovrapponibilità di calcolo. Sono d'accordissimo con l'intervento precedente, sul problema legato al fabbisogno. La Regione Campania ha bisogno di mettere mano al fabbisogno prestazionale della specialistica ambulatoriale con un provvedimento serio, molto più serio rispetto a quello che è stato fatto. L'assessore Cinque ha parlato di Cup regionale, personalmente, sono quattro anni dal mio ruolo di Segretario Generale e sono quattro anni che si parla di Cup regionale, che è sempre in divenire, ma non lo vediamo realizzato. Un provvedimento del genere avrebbe dovuto prevedere prima la realizzazione del Cup regionale e poi il cambio delle regole in corso. Abbiamo un problema molto grosso e stiamo cercando di fare un'analisi seria sui dati, partendo da quelle che sono le prescrizioni fatte dai Medici di Medicina Generale in questa Regione, comparandolo al numero di servizi erogati, perché la cifra che rimane, e sarà una cifra molto alta, fino a due dimensioni, ovvero l'*out of pocket*, quello che i cittadini pagano per prestazioni private non avendo risposte dal pubblico e soprattutto la rinuncia alle cure. Sono due percentuali che dobbiamo necessariamente calcolare perché ci danno un'immagine reale di quella che è la carenza dei servizi in questa Regione. Bisogna partire da un'analisi del fabbisogno seria che si deve attestare in questa Regione, rispetto a quello che ha calcolato Ambrosanio, ma che può essere anche ricalcolato con una Commissione ad hoc in un numero di prestazioni che, ripeto, è tra gli otto e i dieci milioni in più rispetto a quelle previste dalla Regione Campania, queste dieci milioni di prestazioni mancanti nella nostra Regione ci danno il senso della carenza sanitaria e della perdita di benessere e di salute di migliaia di persone nella nostra Regione. Penso che sia arrivato il momento di risolvere definitivamente questa questione. Non entro sulla questione tetti di spesa, budget, che sicuramente non compete a noi, ma dateci gli strumenti per dare risposte di salute ai cittadini. Ho chiesto con una nota inviata anche all'assessore Cinque, stante la 599, di fare un provvedimento conformativo nel quale ci dica quali sono le strutture pubbliche dove verranno erogate tutte le prestazioni che con la 599 vengono sottratte all'accreditato, perché se non abbiamo quell'informazione, non possiamo dire ai cittadini dove poter andare a svolgere le prestazioni sanitarie, dove curarsi e dove possono garantire la propria salute. È questo il problema reale. Se lo vogliamo affrontare in maniera seria, ci siamo. Il resto, scusatemi, ma è storia, è retorica e sinceramente penso faccia perdere solo tempo a tutti. Vi ringrazio.

Eugenio Basile, (Confindustria sanità)**:**
Ringrazio tutti per la convocazione e ringrazio l'Assessore del suo accorato intervento in difesa di questa delibera, però avrei dovuto ringraziare chi ci governa in Regione, se fossimo stati convocati qualche

mese fa per discutere di questa delibera. Non era mai accaduto che un atto deliberativo, talmente innovativo, non discuto sul sì o no ai tetti di struttura sui quali sono d'accordo in linea di massima, ma non era mai accaduto che le Associazioni di categoria non fossero convocate, c'è stata una totale mancanza di concertazione che, nel pratico, si è rivelata anche in come la delibera è stata scritta. Ho visto tre direttori amministrativi, di tre strutture private accreditate di una certa importanza che leggendo la delibera, nessuno di loro la interpetrava nello stesso modo. Non c'è stata concertazione iniziale, non c'è stato, in seguito, alcun incontro con le Associazioni per chiarire alcuni aspetti, né per chiarire come sono stati attribuiti i fondi ai privati accreditati, tra l'altro, si parte da un assunto, che il privato accreditato lavora troppo, ma nel 2020 e il 2021, per cui per il Covid una serie di delibere hanno fatto sì che il pubblico non potesse erogare prestazioni ai cittadini, mi sa dire dove sarebbero dovuti andare i pazienti? Ho perso mia moglie nel 2020, una paziente oncologica, se mia moglie non avesse potuto fare le prestazioni presso la mia struttura, privata accreditata aperta, durante il periodo del Covid, quando siamo rimasti aperti tutti noi con mille problemi, in cui non si trovavano mascherine, detergenti, eccetera, mia moglie, come tanti altri pazienti oncologici, dove sarebbe potuta andare? Prima di fare certi assunti all'interno di alcuni atti così importanti, come una delibera del genere, sono totalmente d'accordo con il dottor Latella, andrebbero fatti dei ragionamenti estremamente pratici. Innanzitutto, non sono d'accordo che il fabbisogno è sufficiente, seconda cosa, chiedo un'immediata riconvocazione delle Associazione di categoria in Regione perché sono d'accordo sui tetti di struttura, ritengo che siano ingestibili mensili, specialmente per alcune branche perché è totalmente diverso gestire la mensilità per quelle che possono essere case di cura o centri di riabilitazione, mentre per alcune branche come la diagnostica per immagini diventa veramente complicato, quindi, non sono contrario ai tetti di struttura in generale, ma contrario a questa gestione dei tetti di struttura, quindi, quello che chiedo è avere finalmente un incontro in Regione innanzitutto per ridiscutere la delibera, capire le modalità di applicare di questa delibera che, le assicuro, sono veramente oscure in alcuni casi, e ritornare sul discorso del fabbisogno. Grazie.

Presidente: La parola al dottor Gaetano Gambino, prego.

Gaetano Gambino, (Presidente AISIC)**:**
Siamo un'Associazione di categoria maggiormente rappresentativa in tutti i comparti del settore sanitario, ci siamo già confrontati più volte con l'assessore Cinque e abbiamo mandato anche delle istanze circa eventuali modifiche della delibera in corso. Volevo dire che relativamente al periodo 2020-2021 preso in considerazione, come già diceva il dottor Scognamiglio, sono degli anni particolari che chiaramente non possono essere presi in considerazione di soli, però è anche vero che tornare troppo indietro penalizzerebbe le strutture, non ci dimentichiamo che le strutture, da contratto, potevano avere una crescita della loro produzione nell'ambito del 10 per cento annuo, cosa che invece adesso è impedito da questa delibera. Forse, la soluzione migliore sarebbe quella che è già stata affrontata dalla Regione con il decreto dirigenziale 314, dove ha previsto la possibilità di sostituire il 2020 con il 2019 se migliorativo per la struttura. Non concordo sul fatto che i dati debbano pervenire dalle Asl, perché ritengo che almeno per gli esercizi ancora da chiudere, bisogna fare il passaggio ai tavoli tecnici, come abbiamo sempre fatto in tutte le Asl, in modo da poter verificare eventualmente le verifiche del costo medio, per avere un dato reale. Altra problematica dovrebbe essere quella di istituire delle premialità per quanto riguarda le strutture più efficienti, di modo da poter recuperare quel margine di crescita che questo tipo di delibera impedisce. Altra cosa ancora da considerare è, sul regime transitorio, quantomeno per quanto riguarda il mese di gennaio, dove tutte le strutture hanno avuto degli sforamenti dovuti al fatto che la delibera è partita il 3 gennaio, quindi, le *software house* non erano ancora pronti per adeguare i sistemi gestionali, i medici non hanno ancora inviato le impegnative, barrando la tipologia di prestazione, se breve, urgente o quant'altro, si potrebbe tranquillamente fare questo sistema di recupero nei mesi successivi, chiaramente a invarianza di tetto. Poi, c'è tutta una problematica particolare per quanto riguarda il discorso delle prestazioni di genetica, forse è il caso di affrontarlo con i tecnici che hanno svolto il programma. Basandosi sulla delibera che ha istituito il nuovo sistema di prestazioni fatto a protocolli e non più a singola

prestazione, si viene a determinare la situazione paradossale dove mentre fino all'anno scorso i tetti venivano considerati sulle prestazioni, quest'anno stiamo ragionando sui tetti economici. Siccome molte prestazioni a protocollo hanno al loro interno sia le prestazioni cosiddette impattanti e hanno anche le altre che non sono impattanti. Avendo tetti separati, nel momento in cui si esaurisce un tetto, l'impegnava non può essere proprio accettata. Bisognerebbe bypassare questo particolare sistema e fare in modo che a esaurimento di uno dei tetti ci possa essere l'utilizzo dell'altro. Grazie.

Presidente: Ha chiesto di intervenire Muto, prego.

Luigi Muto, (Fedi Salute - Confcommercio)**:** L'assessore Cinque è stato preciso e puntuale, gliene siamo grati, però il fabbisogno non è necessariamente rilevante ai fini delle disponibilità, perché se poi il fabbisogno è superiore alle disponibilità, mi deve dire, l'assessore Cinque, come risolviamo per quanto riguarda la parte mancante da un punto di vista economico. Voglio anche precisare che le strutture accreditate fanno parte del Servizio Sanitario Nazionale Regionale, così come lo sono gli Enti pubblici. Ho chiesto più volte di non mettere in contrapposizione parte privata accreditata e pubblico, perché alla fine dobbiamo tutelare l'interesse dei pazienti che sono in Campania. Se questo provvedimento, che è stato posto in essere, è un provvedimento che va nei confronti dell'utenza, che soffre di patologie anche abbastanza gravi, mi chiedo: questa mattina è venuta una persona oncologica, dove posso andare a fare degli esami che mi sono stati prescritti, perché la settimana prossima il medico vuole sapere se devo proseguire o meno la radioterapia. È venuta stamane, non c'era possibilità di inserirla. Assessore Cinque, dove la mandiamo questa paziente che la settimana prossima deve ricominciare la radioterapia? Dia lei una risposta a questa signora: nel pubblico, nel privato, nel convenzionato?

Ettore Cinque, (Assessore al bilancio – finanziamento del servizio sanitario regionale)**:**
Luigi, ti sei mai fermato con la radioterapia?

Luigi Muto, (Fedi Salute - Confcommercio)**:** Ettore, ti sto chiedendo, una persona che deve fare le analisi, deve fare analisi e accertamenti sulla situazione diagnostica, dove va? Ieri è stata visitata e oggi ha bisogno di questi esami per proseguire. La radioterapia abbiamo già detto, e lo sai benissimo, è una situazione particolare insieme alla dialisi, sono salvavita, e su quello non si discute. Sto parlando di esami diagnostici per proseguire o meno un certo tipo di attività. È vero, siamo sbilanciati sull'accreditato, senza nulla togliere al valore del pubblico che, devo dire la verità, ha dato prova di grande capacità di resistere a quello negli ultimi due anni. Ettore, sai bene, Ospedale di Caserta, un mammografo, quando ci sono stato io a Caserta, sette esami al mese. Non è tollerabile. Oggi, mi dicono che ce ne sono sette a settimana. È grave. È possibile che la Regione non è al corrente di questo? Viene posto un tetto massimo per il privato accreditato, che fa parte del Servizio Sanitario Regionale, ma un tetto minimo per gli ambulatori pubblici, sono ambulatori, non quelli che sono inseriti nel contesto di un Ospedale, non viene posto un tetto minimo per verificare la produttività del pubblico? Tutto questo, in Regione si sa o non si sa? In uno spirito di collaborazione, non si fa una delibera nei termini e nei tempi in cui è stata fatta, si chiamano le Associazioni, si chiedono consigli, perché purtroppo la Regione ha pure bisogno di consigli, e in questo contesto si chiamano le Associazioni dei pazienti e in questo contesto di collaborazione, a questo punto, si emette un provvedimento che faccia bene a tutti, sia nell'interesse pubblico e soprattutto nell'interesse dei pazienti che ne hanno veramente necessità. Ettore, ringrazio di quello che hai detto, avremo la possibilità di poterci confrontare.

Silvio Siciliano, (Feder Cardio)**:**
Dissento da quanto ha detto il dottor Muto perché è quell'atteggiamento che, secondo me, scredita le Associazioni rappresentative. Che significa dire che c'è un paziente e non so dove fargli fare gli esami perché c'è il tetto di struttura e per sette giorni non possono fare gli esami? Siamo stati sei mesi, in cardiologia a Napoli, sette mesi senza fare gli esami con il tetto di branca. Quest'improvvisa passione per i tempi di erogazione e degli esami non ve la ricordavate negli anni passati? La radiologia a settembre, massimo ottobre, finiva. Erano due o massimo tre mesi che bisognava aspettare, allora,

lei non diceva niente, adesso che bisogna aspettare dieci giorni casca il mondo. Voglio ricordarvi che vi è una spinta inevitabile e comprensibile dell'utenza ad anticipare la diagnostica per prevenire l'esaurimento dei fondi, come in una convenzione. Quel tetto di branca mi fa ricordare Miseria e Nobiltà, quando viene riportata quella grande zuppiera e tutti ci si scagliano dentro, Totò ci mette le mani dentro, se la mangia e se le mette pure nella tasca per conservarsele. Il discorso non è il problema del tetto di struttura, il problema è che effettivamente ci sono tanti altri problemi, c'è un fabbisogno realmente da valutare, c'è un'appropriatezza da parte dei medici di base nelle prescrittività e poi c'è anche un altro fatto, che probabilmente questo comparto, e non possiamo fare un contratto di comparto, deve essere fatto un contratto di branca. La cardiologia è diversa dalla radiologia, dall'alta tecnologia. Noi cardiologi siamo dei medici, siamo più vicini al Medico di Base che non al radiologo, mettiamo la nostra passionalità, il rapporto medico e paziente.

(Intervento fuori microfono: "Collega, ti invito a riflettere sulle affermazioni che fai. Attento alle affermazioni che fai")

Presidente: Chiedo scusa, se dovete fare il dibattito tra di voi, chiudiamo qua e andiamo a casa. Prego.

Silvio Siciliano, (Feder Cardio)**:**
La cardiologia è più vicina al Medico di Base che non alla radiologia. Sono dei sistemi diversi, a noi sta a cuore la continuità delle cure, abbiamo un paziente che si rivolge a noi non solo per la visita, ma perché se va da un ortopedico e gli dice: mi hanno dato l'antinfiammatorio, lo posso prendere? Non possiamo fermarci a maggio per riprendere a gennaio dell'anno successivo. Credo che ci siano esigenze diverse, ma non penso che ci sia molto in comune tra un cardiologo e, penso, anche un diabetologo e il radiologo e il medico nucleare. Sono dei tipi di organizzazione del lavoro ed un rapporto di investimenti, di attese e di utili che sono completamente diverse. Sono contento del tetto di struttura, ritengo che i finanziamenti siano bassissimi, però ritengo anche che l'anno prossimo ci batteremo per un contratto di branca. Grazie.

Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania)**:**
Mi associo ai ringraziamenti sinceri all'indirizzo dell'assessore Cinque per l'illustrazione che ci ha fatto del provvedimento.

Ettore Cinque, (Assessore al bilancio – finanziamento del servizio sanitario regionale)**:**
Scusami, intervieni come cittadinanza attiva?

Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania)**:**
Come ASPAT. Lavoriamo insieme, erogatori e cittadini, cittadini ed erogatori, perché abbiamo avuto la sfrontatezza, come struttura sociale, di metterci sotto esame.

Ettore Cinque, (Assessore al bilancio – finanziamento del servizio sanitario regionale)**:**
Qualche domanda me la farei come cittadinanza attiva e non come ASPAT.

Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania)**:**
Non abbiamo paura degli esami, perché siamo sotto esame, non abbiamo paura della qualità percepita e del fatto che i cittadini ci possano, giustamente, offrire tutto il loro contributo di critica, di miglioramento e via discorrendo. È un discorso che sai già perfettamente. Voglio dire, all'indirizzo del presidente Alaia, che è stato anche lui destinatario delle nostre note del 19 gennaio scorso che vorrei, se possibile, dare come contributo finito di ASPAT alla vicenda della 599 e dei tetti di spesa, limitatamente al primo aspetto che ho definito il primo tempo di questo *match*, che è un *match* costruttivo e non distruttivo, proprio per andare avanti, per risolvere le criticità, e vorrei che questa nota fosse allegata al verbale del Burc scaturente da questa riunione che teniamo oggi pomeriggio. Gradirei, su questo, una risposta del presidente Alaia.

Presidente: Va bene.

Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania)**:**
Come abbiamo documentato nella nota, in realtà, il problema fondamentale di questa programmazione dei tetti del privato accreditato, della specialistica, è un problema di fabbisogno. È stata adottata questa delibera in continuità con quanto fatto con la 354 del 4 agosto scorso che si riferiva a una programmazione, lo

ricordiamo tutti, 2020-2022, ed è stata ulteriormente mutilata della *Spending Review* in misura dello 0,80 per cento.

Presidente: Ha chiesto e ho autorizzato di allegare al verbale la sua nota.

Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania)**:**
Mancano all'appello 10 o 12 milioni di prestazioni. Per carità, il dottor Cinque ci ha fatto sapere, anche attraverso i giornali, le interviste che ha reso, che non è detto che quelle prestazioni che mancano al fabbisogno complessivo del sistema dell'accreditamento, perché hanno detto bene i colleghi che mi hanno preceduto, stiamo parlando di un sistema unico, che è l'accreditamento pubblico e privato, il pubblico a gestione diretta e statale e il privato accreditato. Tutte e due le braccia di questo sistema concorrono a formare un'attività che debba garantire i cittadini della continuità assistenziale e dei livelli essenziali al 31 dicembre. Benissimo, abbiamo saputo dal dottor Cinque che le prestazioni, 24 milioni di prestazioni su tutte e 9 le branche che costituiscono la macroarea, saranno erogate dal pubblico nell'anno 2022, così più che implementando, ma triplicando il peso delle attività consuntivate nell'offerta degli anni precedenti da parte del pubblico. È una cosa che spetta a loro di definire autoritativamente, unilateralmente, perché ovviamente è il pubblico che programma quest'attività e non limitarci a quello che ci viene concesso, che ci viene attribuito e assegnato. Non c'è problema. Ripeto, il problema che riteniamo che questa 599 non abbia rispettato la pronuncia della sentenza Frattini, cioè la deliberazione ambrosiano 2018-2019 che ha effetti domino a seguire sugli anni successivi. Tutta la parte di critica tecnica, a quello che è il tetto di struttura, piuttosto che il tetto di branca, al Cup e tutte queste cose, è evidente che dobbiamo riservarci di farlo in presenza, allorquando la Giunta regionale e l'Assessore ci voglia convocare, arriveremo con il nostro puntuale contributo di analisi su questo. Il principio l'avete già detto, l'avete già ascoltato e lo ribadisco, perché per esperienza precedente, siamo rimasti scottati in tanti territori. Prima di fare una riforma del sistema distributivo delle risorse, devi essere certo che funzionino i Cup aziendali, il Cup regionale, che non sia lesa la libera scelta del cittadino, che non sia subdolamente ripristinata.

Presidente: Ho chiesto di essere brevi.

Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania)**:**
Quando si dice della questione che tutto sia riferibile a regole del gioco Comuni, l'ha detto l'Assessore, il privato opera senza liste d'attesa, perciò è bello, il pubblico invece è soggetto al Piano Nazionale di Governo Amministrativo, benissimo. Dobbiamo avere le stesse regole, benissimo. Le regole partono dal prescrittore, il medico si deve obbligare a fare le quattro caselle. Lo sapete di cosa state parlando? Vi siete mai fatti un'analisi di milioni di prestazioni e di impegnative?

Presidente: Stiamo uscendo fuori dall'argomento. Abbiamo accolto la sua richiesta.

Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania)**:**
Non stiamo uscendo dall'argomento.

Presidente: Quantomeno, stiamo sforando il tempo assegnato.

Pier Paolo Polizzi, (ASPAT Campania)**:**
Tutta la questione che può riguardare le osservazioni tecniche sul tetto di struttura le faremo in seguito, il problema principale, che stiamo già scontando amaramente in questi primi mesi dell'anno, è un problema di sottostima del fabbisogno. È questo il ragionamento. Vorremmo sentirci dire dal pubblico, dall'Amministrazione Pubblica, che assuma un atto complessivo dell'accreditamento. Giustamente i cittadini che non possono più venire da noi, vogliono sapere dove devono andare.

Presidente: Grazie dottor Polizzi. Nastasi, prego. Mi raccomando la brevità dell'intervento e se sono stesse argomentazioni, se possiamo evitarle.

Guido Nastasi, (UIL sanità.)**:**
Presidente, grazie per l'audizione. In premessa, questo all'assessore Ettore Cinque, come organizzazioni sindacali delle nostre rappresentanze, quindi, sia dei lavoratori, dei pensionati e di tutti coloro i quali si

avvicinano al sistema sanitario regionale, c'è una prima questione in premessa, avremmo voluto essere partecipi di quest'importante riforma che fa la Giunta regionale in questo campo, abbiamo dovuto apprendere, come d'altronde siamo abituati, ad articoli di giornali che ci informano di cosa accade in un settore delicatissimo della vita di questa Regione. Ricordo a me stesso, per quello che rappresentiamo, che parliamo di un servizio verso cittadini che si trovano nel momento più delicato della loro vita, ovvero che hanno un sistema sanitario che dovrebbe rispondere in maniera adeguata. Detto ciò, in linea di principio, non siamo contrari a questa modifica, anzi, potrebbe essere una soluzione alle tante questioni che abbiamo. Quali sono le questioni che poniamo? Poniamo delle questioni di fondo, come sempre abbiamo detto, e l'ottimo assessore Cinque lo sa bene, quelle poche volte nell'ultimo periodo che riusciamo a incontrarci. Quello che vorremmo è che questa metodologia, questa nuova governance che entra in questo sistema, non peggiori già una situazione che di per sé è complicatissima nella garanzia della continuità assistenziale sui nostri territori. Lo ribadiamo in maniera molto forte, abbiamo un sistema sanitario che in questo periodo, negli ultimi due anni di pandemia, ha ulteriormente allontanano e non ha assolutamente dato risposta ai bisogni di salute che abbiamo sul territorio. È una verità, non ce lo possiamo negare, dovuta a una carenza strutturale del nostro modello organizzativo in Sanità. Ci sarebbe da discutere tantissimo, ma una delle questioni che tra l'altro è in campo e che vorremmo discutere, a partire proprio da questa metodologia, è che il futuro di quello che dovremmo fare, lo dico con grande chiarezza, la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che affronta il tema dei sistemi territoriali della Sanità, credo che vada di pari passo con un sistema del genere. Concludo, proprio perché c'è ristrettezza di interventi e ci sono tantissime persone in rappresentanza sia della parte datoriale, ma anche delle Associazioni, se non immettiamo un sistema, così come viene dichiarato da tutte le parti, virtuoso, di confronto, in cui tutti possono dire la loro, ma non quando si assume una decisione e poi dobbiamo rincorrere le decisioni, noi corriamo un grandissimo rischio di perdere e di perdere sicuramente, come Campania, questa grande occasione che ci viene data, perché se non lo facciamo così e in questo modo, credo, noi crediamo, come sindacato confederale della UIL, che senza questo confronto in cui ci possono essere suggerimenti e dove ognuno di noi è portatore di interessi, siamo portatori di un interesse preciso, pensionati e lavoratori, parti deboli di questo nostro territorio che hanno un sistema sanitario regionale che in questo momento crea grossi problemi per la tenuta della salute delle persone che rappresentiamo. È un dato, perché non è vero che non abbiamo interruzioni di prestazioni durante l'anno, le abbiamo tutti gli anni le interruzioni di prestazioni.

Presidente: Dottore, se si avvia alla conclusione.

Guido Nastasi, (UIL sanità.)**:** Presidente, mi può togliere pure la parola, ma questo è un dato.

Presidente: Assolutamente no.

Guido Nastasi, (UIL sanità.)**:**
Siamo non pregiudizialmente contrari, ma se quelle prestazioni non vengono date ai bisogni dei cittadini campani, dei lavoratori, dei pensionati, delle persone più deboli, devono essere comunque portate a compimento. C'è un'occasione grandissima che è il PNRR, Missione 6, che insieme a questo va messo in campo. Poi, se la Regione ritiene di farcelo sapere tramite giornali quali sono le cose che sta mettendo in campo, faremo come la delibera 599 e dovremmo avere solo la sensibilità delle Commissioni consiliari per rincorrere i provvedimenti. Grazie.

Presidente: Grazie. Chi chiede la parola? Carlo Spirito, prego.

Carlo Spirito, (Feder Consumatori Campania.)**:** Federconsumatori vede questa discussione alla luce di quello che è l'interesse dell'utenza, utenza è un termine un po' triste, diciamo dei cittadini, rispetto a un bisogno di salute. Ho visto una discussione in cui noto dell'ironico, perdonatemi un attimo di provocazioni, che dinanzi a una situazione che in fin dei conti nasce da uno squilibrio incredibile tra prestazioni private e prestazioni pubbliche a livello ambulatoriale e dove praticamente i privati accreditati rappresentano il pubblico, sostanzialmente, nell'erogazione di queste prestazioni, perché il pubblico ha una percentuale che va tra il 15 e il

20 per cento, se ho ben compreso, delle prestazioni. Il cittadino, in qualche modo, vede rappresentata questa preoccupazione per il pubblico stesso. Penso che sia evidente che vi siano degli interessi legittimi di un imprenditore che investe in questo settore a vedere organizzata e magari a vedere anche la propria partecipazione preventiva a un'organizzazione di un sistema. Dal punto di vista del cittadino, vedo in questa delibera, semplicemente un ripartire quella che è una spesa storica sui 12 mesi invece che lasciare una libertà di agire sulla macroarea che in qualche modo riordina in questo settore e anche qualcosa che rispetto al cittadino possiamo considerare di conservatore. Facendo riferimento alla spesa storica, ci troviamo in una situazione nella quale, in realtà, gli operatori che in questi anni hanno preso delle posizioni dominanti, finiscono già per ritrovarsi in una posizione che non alimenta la concorrenza in questo settore, perché è ovvio che quando predetermini questi finanziamenti in tal modo, questa tipologia predeterminata, programmata, che è utile che un imprenditore può programmare e sapere, dall'altra dà una rigidità di sistema. Lo dico perché se vogliamo essere fuori di ideologie di qualsiasi tipo, ormai, possiamo anche dire che tra pubblico e privato, vige una logica imprenditoriale, quindi, di concorrenza, quindi, questo sistema, da questo punto di vista, finisce per essere un po' ingessato. È ovvio che a mio avviso, ripartire su 12 mesi non può portarci a nascondere la realtà di un fabbisogno sottostimato, perché seppur ripartito sui 12 mesi, è ovvio che in ogni caso quelle prestazioni non sono state inventate dalle strutture private, ma sono un bisogno che nasceva ovviamente da prestazioni che sono state prescritte e che arrivano all'operatore privato. Rispetto a questo, è fondamentale capire il pubblico, che sarebbe l'altra gamba di questa cosa, cosa fa. Come sappiamo, da quelle che erano state le valutazioni della stessa ragioneria dello Stato, sappiamo benissimo che per questo tipo di prestazioni specialistiche, fondamentali sono le grandi apparecchiature, le grandi apparecchiature sono il nodo dolente. Abbiamo strutture tac e RM in numero ben inferiore a quello di altre Regioni, molto spesso, in particolare nel pubblico. È importante in questo momento, in quale sappiamo che dopo l'emergenza Covid, lasciando stare ogni polemica in merito a sospensione delle prestazioni che a mio avviso hanno creato anche un danno erariale.

Presidente: Gentilmente, se si avvia alle conclusioni.

Carlo Spirito, (Feder Consumatori Campania.)**:** Vorremmo capire, rispetto a tante prestazioni che ormai sforano largamente i tempi di attesa, come si vuole colmare da parte del pubblico questa mancanza. Con questo livello prestazionale, le prestazioni del privato, rimane un oggettivo vuoto, questo vuoto potrebbe finire in un'unica soluzione, quella delle prestazioni *out of pocket*, a danno dei cittadini. È importante e cogente sapere, a questo punto, il pubblico come vuole organizzare, ricontrollando tutte le strutture sanitarie pubbliche, evidenziando quali strutture sono dotate di autorizzazione, con tutti i requisiti di legge e quante prestazioni sono in grado di erogare, perché è qui che si gioca la partita del riequilibrio tra pubblico e privato e non tanto nel rendere efficiente di più il privato rispetto alle liste d'attesa, perché poi le liste d'attesa, ricordiamocelo, hanno un referente fondamentale che sono le aziende sanitarie e le aziende sanitarie, rispetto ai ritardi che si accumuleranno, sono responsabili, devono fare capire ai cittadini come intendono compensare lo sforamento delle liste d'attesa. Grazie.

Presidente: Dottore, prego.

Vittorio Iaccarino, (Sindacato nazionale radiologi)**:** La ringrazio innanzitutto della convocazione e dello spazio che mi dà. Ho mandato, poco prima dell'inizio della riunione, una relazione che chiedo venga allegata al verbale, dove in maniera più sintetica cerco di esporre in questo momento quelli che sono i punti qualificanti di quello che ho scritto. Dico questo perché noi che facciamo sindacato e che siamo Associazioni, siamo degli addetti ai lavori, laddove invece i Consiglieri che ci ascoltano fatto un altro mestiere e giustamente non conoscono in maniera così dettagliata quello che è il meccanismo di cui stiamo parlando.

(Intervento fuori microfono: "C'è un Medico di Base, nonché Consigliera regionale, che è a conoscenza")

Vittorio Iaccarino, (Sindacato nazionale radiologi)**:**

Per chiarire anche ai Consiglieri che gentilmente ci stanno ascoltando con pazienza, devo chiarire alcuni aspetti, visto che rappresento proprio il settore che è stato più volte citato, risonanze magnetiche e tac, quella che è la diagnostica di alto costo, se così possiamo dire, anche se di alta specializzazione. Chiariamoci le idee, non siamo mai stati contrari al setto di struttura, l'abbiamo anche messo per iscritto, fa parte di un decreto, il decreto 10 del 2020, ci si era dati appuntamento per poter continuare ed iniziare la costruzione insieme alle istituzioni del tetto di struttura. Tutto questo, purtroppo, non è avvenuto. Devo anche dire che così com'è vero che alcune alte discipline della specialistica hanno il tetto di branca da lungo tempo, va anche detto che almeno per le case di cura, vedo l'Aiop che è collegata e che può testimoniare della veridicità di quello che dico, per arrivare al tetto di struttura, si fa solo attraverso una concertazione con le Associazioni per eliminare l'enorme contenzioso che c'era. Una volta risolto questo, viene fuori un tetto di struttura che ancora oggi vige con alti e bassi. Per quanto riguarda l'fkt, non mi dilungo, ma devo anche chiarire che la dialisi è sempre stata finanziata a piè di lista e ogni anno è stata incrementata per motivazioni nelle quali non mi voglio addentrare, né mi interessano, né ci interessano, ma resta un dato di fatto. Ripeto, se a questo punto ci fosse stata una concertazione iniziale, così come avevamo concordato a suo tempo, molto probabilmente tutto questo papocchio non ci sarebbe stato. Naturalmente, siamo sempre disponibili, e lo dico prima ancora di andare avanti, a trovare un momento di concertazione, però deve essere fatto su basi corrette. Tenete conto che ho sentito di parlare di disciplinare un sistema, signori, il sistema non è che per disciplinarlo doveva essere sfasciato, bastava semplicemente far funzionare le norme che la stessa Regione ha approvato negli anni e che le Asl non hanno mai applicato, che ci hanno portato anche a delle distorsioni, a quella libertà di muoversi che ho sentito più volte menzionare, che è venuta fuori proprio dal fatto che non ci sono stati i controlli dovuti. A questo, se aggiungiamo che se utilizziamo uno storico fatturato, attenzione, stiamo parlando solo di danari, 2020-2021, cioè in un'epoca di pandemia, come ho sentito prima affermare da qualcuno, è ovvio che stiamo parlando di un fenomeno distorsivo collegato al fatto che certamente non sono quelli i normali termini erogativi nella nostra Regione. Certamente, forse erano più corretti il 2018 e il 2019. Avremo modo di vedere questo. Tengo a dire un'altra cosa molto importante, sono difetti della delibera, ecco perché mi permetto di segnalarle, perché collegare al Cup la necessità di questa delibera, laddove come qualcuno prima ha detto, non solo la Regione Campania ha speso 40 milioni di euro per un Cup che non esiste ancora, molto probabilmente avrebbe dovuto prima farlo e poi poterlo utilizzare. Non entro di quale era meglio dei due sistemi, non mi interessa, conosciamo sicuramente, perché l'hanno detto anche gli altri, dei punti di debolezza e dei punti di forza sia dell'uno che dell'altro sistema, però debbo dire che questa delibera si fonda su dati provenienti dalle Asl che non sono stati certificati, tanto è vero che la Regione li ha dovuti richiedere. La domanda che dovrebbe sorgere a tutti, ecco perché invito i Consiglieri che ci stanno ascoltando a porsi la stessa domanda: da dove sono venuti fuori questi numeri se la Regione glieli sta richiedendo perché non li hanno certificati? Questa delibera è fondata su numeri che non hanno nessuna certificazione, ovviamente, le conseguenze le potete immaginare. Poiché la maggioranza dei tavoli tecnici, che erano organo di controllo che erano statutariamente e contrattualmente deputati al controllo del derogato, da due anni non stanno facendo niente, per cui, quest'operazione di controllo nella quale tutte le Associazioni presenti quest'oggi, insieme a noi, hanno dato e davano il loro contributo, non l'hanno potuto dare e ancora adesso si sta chiedendo alle Asl di fornire dati 2020, 2021 e anche 2018 e 2019 laddove questi dati sono nel chiuso delle stanze delle Asl e senza nessun confronto con noi Associazioni, come la normativa regionale impone. Tengo a stressare questo criterio fin quando non ci sarà un confronto sereno, costruttivo, rispettoso delle norme ci opporremo in tutti i modi a questa delibera e non al tetto di struttura. Vi ringrazio.

Presidente: Prego.

Rosalba Cenerelli, (CGIL sanità)**:**
Premetto che molti interventi, prima di noi, hanno detto le criticità che anche noi abbiamo rilevato per quanto riguarda la delibera, soprattutto l'intervento del collega della UIL, ha preceduto in gran parte l'intervento che volevo fare, quindi, naturalmente salto gran parte perché

condivido in pieno quanto lui ha detto. Per quanto riguarda CGIL Campania, dal punto di vista politico, siamo in pieno con quella che è la delibera regionale sui tetti di spesa per struttura, però notiamo che ci sono alcune criticità. Innanzitutto, in linea di principio, siamo favorevoli anche perché va verso l'implementazione e il miglioramento del servizio pubblico, quindi, delle prestazioni verso l'utenza, però come qualcun altro ha detto, in effetti, lamentiamo la mancanza di concertazione su questi temi che naturalmente potevano garantire la soluzione di alcune problematiche che poi sono emerse nel confronto con le Associazioni e con tutti quanti gli altri. Dal punto di vista pratico, abbiamo individuato che ci sono anche delle criticità in quello che ha detto anche l'Assessore, l'assessore Cinque, anche attraverso conferenze stampa ha affermato che il pubblico, finalmente, ha aumentato le prestazioni. Pensiamo che queste prestazioni siano andate molto di più verso le liste d'attesa di intramoenia, automaticamente, vorremmo che questa cosa fosse attenzionata, perché secondo noi non si snelliscono le liste d'attesa solo con i budget maggiori o con l'implementazione del personale, che pure sono necessari, ma con una verifica e vigilanza sulle liste che non sono le liste d'attesa ordinarie, ma anche e soprattutto attraverso il cambiamento dell'organizzazione del lavoro da parte dei distretti sanitari, che può avvenire soltanto con l'*imprimatur* della Regione Campania e, anche su questo chiediamo una concertazione di merito su questi temi, così come, oltre a starci a cuore – come ha detto anche il collega della UIL – l'utenza e il servizio sanitario che naturalmente chiediamo sempre di essere migliorato, per quello che ci riguarda c'è anche una forte responsabilità per quanto riguarda gli accreditamenti delle strutture e per quello che riguarda le criticità che nel tempo ci sono state da parte di un accaparramento di quelle strutture più forti anche a discapito delle altre. Quello che per noi è fondamentale è soprattutto un Osservatorio sull'accreditamento per garantire l'occupazione e la lotta al *dumping* sociale che purtroppo esiste in questo comparto. Per il resto, naturalmente chiediamo che la Commissione in effetti ci richiami anche per quanto riguarda quanto detto sulle liste d'attesa e per quanto riguarda anche sull'implementazione di questa delibera, perché laddove la Regione potenzierà i budget, chiediamo che sia fatto un Osservatorio per monitorare quanto precedentemente detto per quanto riguarda i punti critici. Vi ringrazio.

Presidente: Salvatore Cortese, prego. Mi raccomando la brevità.

(Interruzione microfonica)

Presidente: Dottore, non la sentiamo bene.

(Interruzione microfonica)

Presidente: Aspettiamo se migliora la linea. Passiamo ai Consiglieri, sembra di aver visto il collega Abbate, prego. Collega, raccomando anche a te la brevità dell'intervento.

(Interruzione microfonica)

Presidente: Collega, non la sentiamo. Passiamo la parola ad altri colleghi, nel frattempo che si aggiusta la linea.

(Interruzione microfonica)

Presidente: Collega Abbate, c'è un eco fortissimo. La parola alla collega Muscarà, prego.

Maria Muscarà, (Gruppo Misto – M.5.S.)**:**
Sarò anche io molto veloce perché praticamente è stato detto tutto. In premessa, voglio ringraziare per la celerità con la quale è stata convocata questa Commissione che ormai è diventata cosa rara all'interno di questo Consiglio. Grazie di ciò. Ho ascoltato un po' tutti e adesso faccio la parte che mi compete, che è quella di essere la paziente campana e per essere certa di questa cosa, durante tutto questo periodo ho fatto una specie di sondaggio per comprendere quanto questa delibera impattasse realmente sulla vita di un paziente, delibera che purtroppo ha creato, in questo clima particolare, grosse difficoltà. Ho tentato di prenotare, e l'ho fatto attraverso una serie di aziende, tra le più grosse che abbiamo qui, un esame importante, che è il Total Body, un esame per cui non puoi aspettare, proprio in quel periodo in cui ancora non era aperto il pubblico, correzione che è stata fatta immediatamente dopo, perché

evidentemente i ricorsi che erano arrivati erano tanti e tali che non si poteva continuare così, i tempi d'attesa erano molto lunghi, addirittura 4 mesi, perché era già tutto prenotato. Quando nuovamente si è riaperto lo spazio del pubblico, ho provato anche a fare, presso la struttura pubblica, una prenotazione di un esame anche importante, che è la risonanza magnetica al seno, l'ho fatta alla Federico II almeno una decina di giorni fa e la prima data utile che mi è stata data è stata del 5 giugno, superiamo completamente tutti i tempi che vengono considerati. Al di là di questa diatriba, perché così si sta consumando, tra centri e pubblico, sono una che per passione è del pubblico, per necessità va nel privato, come la maggior parte di noi. Se questa sua posizione, quindi, questa sua delibera, vuole essere un puzzle di un disegno un po' più ampio, che è quello di riequilibrare i rapporti di forza che ci sono e che si sentono, perché nel convenzionato un esame anche importante lo fai in qualsiasi orario del giorno, lo fai anche il sabato e la domenica, nel pubblico, parlo del pubblico ospedaliero, lavori quelle poche ore la mattina, dopodiché l'attrezzatura, anche costosissima, sta lì ad invecchiare e invece potrebbe soddisfare le necessità di tanti. Mi auguro un correttivo sicuramente perché così non funziona, l'abbiamo sentito dall'ascolto di tutti, che venga finalmente attivato questo benedetto Cup, ma che sia un Cup regionale. Si tratta di provarlo, di provare la disperazione di chi si mette al telefono per parlare con il Cardarelli per scoprire che quell'esame non si può fare e cominci a cercare, va bene, non è il Cardarelli, sarà il Policlinico, e si mette a telefonare al Policlinico, e poi ricomincia punto e da capo. Chi sta male o chi ha avuto una diagnosi infausta o perlomeno sospetta, va nel privato oppure fa la valigia e si va a curare a Milano. È una cosa che la Regione Campania penso non si possa permettere più, ma che i pazienti, perché poi la parola paziente un po' l'ho persa in tutta questa discussione, in tutto questo budget legato al Bilancio, ai soldi, allo spostamento, ricordiamoci che dall'altra parte c'è un povero Cristo che magari ha anche versato tutte le sue tasse affinché la Sanità funzionasse e poi questa cosa non funziona. Mi auguro veramente che il Cup regionale cominci a funzionare, che il famoso fascicolo sanitario cominci a funzionare, che ci sia la presa in carico del paziente, in quale non deve essere obbligato a girare come una trottola nella speranza che qualcuno lo accolga, ma che ci siano anche delle strutture territoriali. Se vogliamo riformarla questa Sanità, e mi aspettavo l'Assessore alla Sanità, con tutto il rispetto suo, non può essere fatto soltanto con tagli di Bilancio, ma deve essere fatto in modo tale da soddisfare le richieste di salute. Ci troviamo in una terra nella quale alcuni territori hanno una percentuale di morte, e lo dice l'Atlante della morte campano, che è stato redatto nel 2020, tre volte superiore agli altri territori. La gente già vive in situazioni disagevoli, poi, che non si possa neanche curare e nel momento in cui deve farlo si trova disperatamente a girare come una trottola, questo non ce lo possiamo più permettere. Mi auguro che questo contatto tra chi la medicina la pratica sul territorio e chi invece la dovrebbe gestire all'interno degli uffici sia più fattivo e più efficace. Nessuno si dimentichi che dietro c'è un povero Cristo disperato che se non ha i soldi non si cura. Grazie.

Salvatore Cortese, (Anisap Campania)**:** Credo di aver risolto il problema. Posso intervenire?

Presidente: Prego.

Salvatore Cortese, (Anisap Campania)**:**
Ringrazio per la partecipazione. È vero che in Regione Campania l'89 per cento delle prestazioni, almeno per quanto riguarda la laboratoristica, viene erogata dalle strutture private, ma è pur vero che in Lombardia abbiamo il 50 per cento delle prestazioni che vengono erogate dal privato, abbiamo in Puglia, in Basilicata e in Calabria che ci orientiamo sempre intorno al 50 o al 60 per cento. La Campania non è molto distante da quelle che sono le medie nazionali. Un altro dato che voglio dare, e questo dato a cui ho fatto riferimento è la fonte del sistema Ats del 2015 del Ministero, voglio sottolineare dal documento Agenas del 2014, è vero che le prestazioni sono maggiori, ma è pur vero che abbiamo il tariffario più basso. Ad esempio, per alcuni esami, come può essere un ormone, in Regione Campania viene pagato 9,60 euro con un massimo di tariffa anche di 13 euro. In Regione Campania abbiamo un tariffario, rispetto alle Regioni del nord, dette virtuose, con tariffari che vanno di gran lunga il 30 per cento più alto, quindi, è chiaro che hanno budget più alti per soddisfare il fabbisogno. È vero che l'assistenza sanitaria è stata spostata più verso il privato, ma questa non per colpa

nostra, ovvero, non per colpa dei privati che spingono più alla richiesta. Voglio citare semplicemente il decreto 55 del 2010 dove praticamente è stata fatta una riorganizzazione di tutta la struttura laboratoristica, tra gli obiettivi vi era proprio la dismissione dei laboratori a bassa produzione, l'accorpamento delle attività, la centralizzazione della fase analitica. In pratica, sono state chiuse molte strutture pubbliche, in particolar modo laboratori, accentrati, e la motivazione di questo, e ripeto che faccio riferimento al decreto 55 del 2010, era giustificato proprio perché c'era una rete di laboratori privati accreditati sul territorio che soddisfavano la richiesta a un costo notevolmente più basso di quelli che erano i costi sostenuti da parte dei laboratori pubblici. I colpevoli di questo spostamento non siamo certamente noi privati, ma è stata una politica che da oltre 12 o 13 anni è stata spostata di questa perché magari una classe politica ha creduto più opportuno, sempre per una questione di efficacia e di efficienza, come diceva il Consigliere prima, non abbiamo tempi di attesa, abbiamo uno standard qualitativo alto dato dall'accreditamento, ma soprattutto, la cosa più importante è che il privato lavora prossimo al paziente, in prossimità al paziente. Grazie.

Presidente: Collega Ciarambino, prego.

Valeria Ciarambino, (Gruppo M.5.S.)**:**
Cercherò di essere breve, anche se la materia è sentita e complessa, per cui, vorrei avere il tempo di poter argomentare. Lungi da me assumere una posizione ideologica nella Commissione odierna, considerato che conosco benissimo il dottor Cortese, con cui abbiamo fatto insieme la battaglia contro l'accorpamento dei laboratori, che faceva scomparire i piccoli a scapito del privato. Ho collaborato con Aspat e ho redatto una mozione, approvata all'unanimità, lo scorso luglio in Consiglio regionale, che poneva rimedio al precoce esaurimento dei tetti di spesa, ancora più precoce del solito, lo scorso anno, in virtù del blocco delle prestazioni nel pubblico, facendo assegnare fondi integrativi alla sanità privata. Tengo a fare questa premessa ed è pur vero che mi occupo della questione dei tetti di spesa oramai da sei anni e nella scorsa Consiliatura mie mozioni che introducevano i tetti di struttura sono state bocciate. Dal punto di vista della necessità di introdurre delle regole certe, tenendo conto che fino allo scorso anno i contratti venivano fatti addirittura ex post, i tetti di spesa venivano definiti a fine anno con tutta la selva e la giungla che si poteva determinare, questo lo conoscete meglio di me. Trovo che fosse assolutamente necessaria una regolamentazione dei rapporti tra la Regione, quindi, l'Ente pubblico, e il privato accreditato che nei fatti, così come oggi si stanno rappresentando gli operatori, non è colpevole di aver sostituito il pubblico, lo dobbiamo ringraziare perché ha evidentemente colmato un buco che si è determinato, dal depotenziamento delle strutture pubbliche e quindi dovendo erogare il diritto alla salute, sono subentrati i privati accreditati, in molti casi molto efficaci e in altri casi meno. Credo che sia arrivato il momento di mettere mano in maniera definitiva a questa questione e, vi dico la verità, il mio approccio a questa vicenda è uno solo: garantire il diritto alla salute delle persone. Mi ha impressionato leggere la nota metodologica alla delibera in cui si evince con chiarezza che c'è uno squilibrio, una sproporzione notevolissima, nonostante i punti individuati per erogare l'assistenza siano in numero pressoché equilibrato tra pubblico e privato, poi gli effetti sono che l'85 o addirittura l'89 per cento o il 90 per cento in alcune branche delle prestazioni, vengono erogate dal privato. Evidentemente c'è qualcosa che non va e la risposta a quel qualcosa che non va non può essere aumentare a dismisura il budget del privato accreditato. Per me, deve essere necessariamente riequilibrare l'offerta, lo dico nell'ottica della garanzia della qualità dell'assistenza, perché vorrei chiedere all'Assessore se si è mai verificato che nell'extra-budget che di volta in volta si assegnata al privato, magari si sforassero le COM (Capacità Operative Massime) delle strutture private, il che vuol dire erogare prestazioni che non hanno una garanzia di qualità dell'assistenza. Oggi ho presentato, e depositato, una risoluzione all'attenzione della Commissione, peraltro ho colto, senza saperlo, molte delle cose che sono emerse anche oggi. Okay mettere ordine nel rapporto tra Regioni e privati, con i tetti di struttura, con i limiti mensili, mi ha impressionato un altro punto della nota metodologica, ovvero che con i tetti di branca e con il budget annuale, alla fine, si faceva la corsa alla zuppiera di Totò di Miseria e Nobiltà e, alla fine, non si teneva neanche conto delle urgenze, quindi, ci ritrovavamo che nei mesi scoperti non eravamo più in

grado neanche di assicurare le urgenze, questo non può accadere. Tetti mensili, tetti di struttura, finalmente abbiamo un fabbisogno, certamente la stessa delibera lo ritiene provvisorio, quindi, credo che su questo, una riflessione realistica si possa aprire, ma ritengo che dentro questo fabbisogno un ruolo, almeno paritetico, al privato accreditato debba avercelo la Sanità pubblica e per questo ho presentato una risoluzione che chiede alla Regione di intervenire per potenziare la Sanità pubblica. Cup unico regionale con all'interno l'offerta del privato accreditato, è una mia proposta emendativa approvata alla legge di stabilità del 2016 e ancora inattuata. Ancora, dobbiamo dare attuazione al Piano Regionale di Governo delle liste d'attesa, che recepisce il Piano nazionale ed è stato pure finanziato e prevede una serie di misure di garanzia per i cittadini, per esempio, i pazienti oncologici che hanno un *follow up*, che vengono presi in carico, non devono poter transitare ogni volta per il Medico di Medicina Generale e dover rientrare nel sistema di prenotazione dei Cup, dovendo attendere le liste d'attesa. Ci sono i Pac, devono avere un canale preferenziale, accedere direttamente alle prenotazioni da parte dello specialista che li tiene in carico. Ancora, esistono clausole di garanzia nel Piano Regionale di Governo delle liste d'attesa che possono essere una modalità per gestire questa fase transitoria senza interrompere il diritto alla salute. L'intramoenia a carico del servizio sanitario regionale se un paziente non trova spazio nel pubblico, né nel privato accreditato. Non è ammissibile che un paziente che si rivolge al Sistema Sanitario Regionale e ha un'esigenza di salute certificata, venga rimandato a casa. La presa in carico ci deve essere e bisogna mettere in campo tutti gli strumenti disponibili. Mi è capitato, lo dico con cognizione di causa, abbiamo un parco strumentale di strumentazione diagnostica nel pubblico che è sottoutilizzato, non dico che è carente, forse non lo è, ma certamente è sottoutilizzato, mentre abbiamo fior fior di apparecchiature, le ho viste con i miei occhi, giacere negli scantinati e abbiamo ambulatori nel pubblico, nelle Asl, che non fanno funzionare una risonanza magnetica da tre mesi, e parlo di un caso specifico, perché manca una guarnizione di rame e una tac che ho fatto installare, acquistata da tre anni dentro un deposito, installata da un anno, non ha gli iniettori per fare le tac con mezzo di contrasto, iniettori che costano qualche migliaia di euro. Questo è un caso, moltiplicatelo per tutti gli ambulatori e gli ospedali della Campania e capiamo come siamo messi e perché nel pubblico si eroga unicamente il 15 per cento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Nella mia risoluzione, chiedo che si avvii una ricognizione da parte delle Asl, delle strumentazioni diagnostiche disponibili sottoutilizzate o non utilizzate, perché carenti di manutenzione, che si facciano funzionare gli ambulatori fino a sera anche nei fine settimana, c'è un Piano di Governo del liste d'attesa finanziato e che gli strumenti diagnostici vengano utilizzati all'80 per cento delle loro potenzialità, come prescrive il Piano Nazionale di governo e quello Regionale di governo delle liste d'attesa, e che il rispetto delle liste d'attesa e dei tempi standard stabiliti per le diverse prestazioni venga messo come criterio valutativo dei direttori generali, altrimenti facciamo una serie di enunciazioni di buoni propositi che non si rendono mai efficaci. Bene questa delibera, ma non può tradursi nella negazione del diritto alla salute. Parallelamente, se non precedentemente, va necessariamente messo in atto un intervento forte di potenziamento delle strutture pubbliche. Bisogna certamente riequilibrare, ma nel mentre i cittadini non possono stare ad aspettare vedendosi negate le cure. È questa la mia posizione. Chiedo al Presidente della Commissione Sanità di mettere in votazione, al più presto, la risoluzione che ho trasmesso a tutti i membri di Commissione e che contiene queste proposte che ho illustrato nel mio intervento. Grazie.

Presidente: Il consigliere Abbate ha ripristinato il collegamento, prego.

Luigi Abbate, (Gruppo Campania Libera – Noi Campani – P.S.I.)**:**
Grazie Presidente. Chiedo scusa per la fretta, ma devo andare a fare studio, sono un Medico di Famiglia e conosco benissimo le problematiche del territorio. Conosco benissimo le problematiche che sono state discusse oggi, mi fa piacere che dopo tanto tempo si parla di Sanità, di riorganizzazione della Sanità che è il compito che spetta alla Regione Campania. Faccio una premessa, in questo caso non parlo come medico, ma come Consigliere regionale, da quando le unità sanitarie, gli ospedali, si sono trasformati in aziende, abbiamo assistito alla mercificazione della malattia, cioè la

malattia veniva considerata a seconda di quanto poteva produrre in termini economici. La pandemia ha dimostrato questo fallimento dell'azione di Governo che ha spostato la gestione della sanità più verso il versante privatistico rispetto al versante privato, andando a ledere un principio fondamentale che è dato dalla Costituzione, cioè il Diritto della Salute. Sulla delibera della Giunta, la 549, sono d'accordo che pone quantomeno un criterio su cui poter ragionare anche successivamente, quindi, non in parlo soltanto di budget per il privato, ma parlo praticamente di un aumento del fabbisogno assistenziale, quindi, di una riorganizzazione del sistema sanitario ospedaliero e territoriale. È questo il vero punto su cui oggi dobbiamo mettere un riflettore, cioè, progettare una nuova sanità territoriale che guardi lì e dove ci sia, va bene, una competizione tra pubblico e privato, però da quello che è successo negli anni precedenti, assistiamo a una progressiva delegittimazione del pubblico verso il privato, quindi, non ci sorprende affatto che l'85 per cento delle prestazioni sanitarie ambulatoriali vengono fatte nel privato, perché di fatto il pubblico è stato svuotato. Dobbiamo iniziare a parlare di Sanità nel suo pensiero globale. Mi vanno bene tutte queste Associazioni che hanno alzato la voce rispetto a un budget che non ritengono opportuno. La domanda del territorio è enorme e, devo dire che hanno avuto un grosso ruolo in questi due anni, hanno subito il pubblico, gli ospedali si sono chiusi, le Asl si sono chiuse, con la loro presenza, con i loro sacrifici, hanno assicurato quantomeno una vicinanza rispetto al paziente, rispetto alle patologie. Volevo ricordare soltanto che mentre i morti di Covid oggi sono 400 e ieri erano 450, i morti per oncologia per patologie cardiovascolari e cronologiche sono aumentati a dismisura e questo è un grosso handicap per una società e per una Regione che vuole guardare il territorio e l'individuo nella sua interezza. Caro Presidente, probabilmente stiamo uscendo o quantomeno il virus sta diventando più tollerante nei nostri confronti, credo che la Commissione si debba attivare molto più frequentemente andando a guardare i punti salienti per la riorganizzazione della Sanità. Si parlava del Cup regionale, è un fatto datato nel tempo, sono circa quattro anni che si chiede un fatto del genere, ma ci sono tante altre cose, di ospedali e sanità territoriale, colleghi che possono affrontare le richieste del territorio, non farlo significa abdicare verso il privato che non necessariamente è cattivo. Vi ringrazio per avermi ascoltato e ti ringrazio se a breve ci farai fare una Commissione che parlerà di queste cose nella sua interezza. Grazie.

Presidente: La parola al consigliere Borrelli.

Francesco Emilio Borrelli, (Gruppo Più Europa, Liberaldemocratici – Moderati, Europa Verde.)**:**
Grazie Presidente. Voglio fare soltanto tre considerazioni anche per cercare di chiarire e anche di domandare all'assessore Cinque, che mi fa piacere abbia detto voler rivedere la questione di questa nuova riorganizzazione. Ho mandato anche un'interrogazione su questa vicenda perché, pur comprendendo lo spirito che ho letto sui giornali e che mi sento di dire che potrei anche approvare, cioè quello di razionalizzare le spese, quello di evitare azioni predatorie da parte dei centri più grandi, di situazioni di imbrogli, come ci sono stati in passato, però il risultato ad oggi, che chiaramente è del primo mese, ma secondo me, purtroppo, temo sia un dato già strutturale, è che sostanzialmente, cambiando l'ordine degli addendi il risultato non cambia, nel senso che o sono gli ultimi dieci o addirittura quindici o addirittura venti giorni del mese, non abbiamo risolto, non abbiamo razionalizzato, non abbiamo ottenuto quello che ritengo, in uno spirito assolutamente corretto, si voleva realizzare.

(Intervento fuori microfono)

Francesco Emilio Borrelli, (Gruppo Più Europa, Liberaldemocratici – Moderati, Europa Verde.)**:**
Non ho sentito. C'è qualcuno che è intervenuto, ma non ho sentito cosa ha detto.

Presidente: Consigliere, probabilmente qualcuno ha lasciato il microfono aperto.

Francesco Emilio Borrelli, (Gruppo Più Europa, Liberaldemocratici – Moderati, Europa Verde.**:**
Scusami, pensavo fosse un intervento di qualcuno. Da questo punto di vista, ritengo che si debba ottenere un risultato effettivo, altrimenti quello che abbiamo fatto, pur comprendendo lo spirito, e ho letto con grande attenzione quello che è stato detto, lo spirito era nella

direzione giusta, secondo me, ma il risultato, ad oggi, non lo è, quindi, che venga rivisto quest'intervento è utile. Ovviamente, parlare di tutto lo scibile umano, dei problemi della Sanità, del fatto che siamo stati commissariati, che ci sono state tante cose e ancora oggi tantissime cose non funzionano, è inutile. Rimarrei sul tema della Commissione, cioè su come offrire il miglior risultato possibile agli utenti e ai pazienti e mettere tutte le strutture che lavorano nella condizione di dare il meglio, colpendo, quello sì, chi eventualmente specula o si comporta in modo non corretto. Per fare questo, ritengo che sia utile che in qualche modo, con la piena collaborazione e con una visione di insieme dell'Assessore, si trova un sistema che garantisca i livelli essenziali di assistenza, perché quello a cui sto assistendo, dalle notizie che mi arrivano.

(Intervento fuori microfono)

Francesco Emilio Borrelli, (Gruppo Più Europa, Liberaldemocratici – Moderati, Europa Verde.)**:**
Non riesco a parlare perché qualcuno ha lasciato qualche microfono aperto e ogni tanto si sente questa voce di sottofondo. Giustamente lasciano il microfono aperto e poi parlano in sottofondo. Credo che debba esserci un lavoro di razionalizzazione e, ovviamente, non possiamo non tener conto, e concludo il mio intervento, che dalle mie notizie, in molti casi, le prenotazioni, anche fatte nei primi giorni di gennaio, sono state immediatamente rinviate al mese di febbraio, sempre del 2022. Allora, se facciamo un intervento e quest'intervento non è stato concordato con gli operatori, non è stato concordato con le Associazioni di categoria, non ha tutti quegli elementi che casomai avrebbero spinto tanti soggetti ad aiutarci nell'attuazione e diventa un qualcosa che paradossalmente, nella migliore delle ipotesi, crea gli stessi disagi di prima, con la differenza che prima i cittadini e chi opera in questo settore si era abituato agli ultimi mesi, una vergogna ovviamente. La differenza, adesso, è che se non ti prenoti subito, nei primi giorni del mese, rimani fregato. Non può essere questo il risultato e non può essere questo il nostro obiettivo. All'Assessore, coadiuvato dal Presidente della Commissione, chiedo, ovviamente ascoltando tutti i protagonisti di questa situazione, dagli operatori alle situazioni che tutelano i pazienti e gli utenti, di trovare un sistema per migliorare o per farci aiutare, nel momento in cui si volesse mantenere, nello spirito poc'anzi detto, questo sistema, nell'aiutarci a dare un servizio che i cittadini percepiscano e abbiano come migliorativo, non come peggiorativo o uguale. Credo che questo sia il punto nodale sul quale ho apprezzato l'intervento dell'Assessore che ha detto: "Siamo pronti anche a rivedere". Bisognerà lavorare per modificare in meglio quello che ad oggi non è stato, almeno nei primi due mesi, un risultato che, probabilmente, ci si aspettava di ottenere. Grazie Presidente.

Presidente: Ci avviamo alla conclusione. La parola al consigliere Venanzoni, prego.

Diego Venanzoni, (Gruppo De Luca Presidente)**:**
Cerco di essere telegrafico, anche perché gli interventi sono stati tanti e, in alcune occasioni anche un po' ripetitivi, non nel senso negativo dell'accezione, ma in diverse occasioni sono state dette più o meno le stesse cose ed espressi gli stessi concetti. Penso, più che altro, Assessore, ovviamente ringraziando la presenza di oggi e chi ci ha dato una mano anche per costruire quest'incontro di oggi, bisognerà, in queste settimane, se ci sono le condizioni, rispondere ad alcuni interrogativi che sono stati posti. Non c'è dubbio che questa delibera, che è stata fatta a fine dicembre, non può essere vista solo sotto il profilo del Bilancio, ma anche sotto una veste, una condizione diversa che è anche non solo quella di carattere sanitario, ma dico che oggi coglie anche alcuni aspetti sociali. Non c'è dubbio, Assessore, che in questo primo mese c'è una diversità del fenomeno e dell'approccio rispetto a quello che è accaduto negli anni precedenti, allora, credo che la politica debba esercitare semplicemente questa funzione, quella di comprendere e ringrazio il Presidente Alaia perché credo che questo Consiglio regionale debba recuperare anche questo spirito di confronto, di dibattito anche su temi che sono così delicati, come quello della sanità nei quali, negli ultimi anni, sono stati conseguiti brillanti risultati, se questo non ce lo diciamo sembra che quello che è accaduto nella fase della pandemia, l'atteggiamento e anche come il Presidente De Luca ha affrontato in questi anni un'emergenza così straordinaria, credo che sia ancora sotto gli occhi di tutti. Sono in linea ancora con quella regia politica e quella regia politica non ci deve

mancare, secondo me, anche in queste settimane, ci deve far guardare, secondo me, con maggiore attenzione quello che sta accadendo. Non c'è dubbio che la diversa distribuzione della spesa in convenzione, cioè, non più su base annuale, ma su budgettizzazione mensile, ha creato qualche disagio, non c'è dubbio. Quello che accadeva, più o meno ce lo siamo detti un po' tutti, nella fase temporale di settembre, sta accadendo già nei primi giorni del mese di gennaio. Mi lasci solo passare un passaggio, Assessore. Mica dobbiamo auspicare che ci sono liste d'attesa nel pubblico e si debbano, in parallelo, creare anche nel privato? Questo no, nel senso che questo non ce lo dobbiamo auspicare, però, caro Presidente, dobbiamo svolgere la funzione di sentinella, non altro che questo, perché non sono in grado, oggi, di rispondere, non faccio questo di mestiere, certamente oggi sono intervenuti tanti esperti, però, la Commissione deve svolgere la funzione di raccordo tra quei mondi che abbiamo ascoltato poco fa e anche, probabilmente, se lo riterrà opportuno perché, poi, il governo di questi progetti spetta all'Amministrazione regionale, il Consiglio regionale svolge una funzione – mi permetto di dire – di accompagnamento dei processi. Gli interrogativi che sono stati posti sono molto semplici, è probabile che nelle prossime settimane, un interrogativo si ponga, cioè, l'assegnazione viene fatta in relazione al tetto di branca? È meglio il tetto di struttura? Ho sentito opinioni diverse anche dagli stessi addetti ai lavori. È probabile che il ritorno ad un meccanismo, che è quello precedente, forse, ha sortito effetti migliori di quello attuale? C'è un tema di risorse? Ci vogliono più risorse? Mi pare che non siano state sottratte, sono le stesse degli anni precedenti. Forse c'è bisogno di un maggior controllo della spesa? Forse c'è bisogno di un maggior raccordo e di un organismo – non riesco ad avere un'idea precisa oggi – che verifichi, in maniera più puntuale, come avvengono le prestazioni? Certamente siamo uomini delle istituzioni, ci sono imprenditori che sono intervenuti, ma siamo tutti utenti. Alcune cose non le dobbiamo negare. Cosa sta accadendo in queste ore? C'è una corsa nei primi giorni del mese con la preoccupazione, forse, di un messaggio sbagliato che se non si fa presto, se non c'è accesso ad una prestazione in convenzione si rischia di rimanerne fuori e di essere trasferiti al mese successivo. Questo, poi, è l'interrogativo che viene posto. Non sono io a dire questo, ma certamente non mi riferisco alle istituzioni. Non c'è retropensiero da parte mia, non mi permetterei nel modo più assoluto, ma credo che sia un interrogativo che ci dobbiamo porre. L'ho fatto da Consigliere comunale e lo continuerò a fare da Consigliere regionale anche della Campania. Secondo me questo serve anche da pungolo e da stimolo per interrogarci anche sul messaggio comunicativo che, evidentemente, se è sbagliato – ma non è un'attribuzione di responsabilità, non mi permetterei – è probabile che se nelle prossime settimane, d'intesa anche con il Presidente Alaia, un momento di ascolto anche di chi è intervenuto fino ad oggi, tanto in passato lo avete sempre fatto, non è mai stato negato, peraltro ringrazio anche l'avvocato Postiglione per la sua presenza, ecco, questa funzione di raccordo intelligente, secondo me può essere un primo risultato. Certamente non corro il rischio che appuntamenti come questi significhino, in qualche modo, creare situazioni di contrapposizione, credo che la sanità vada affrontata con una modalità e un modello completamente diverso, credo che siamo tutti dalla stessa parte, questo è innegabile. Saluto positivamente l'incontro di oggi con l'auspicio che ce ne possano essere anche altri e che vadano in questa direzione, cioè, parlarsi a distanza serve a poco, ma bisogna comprendere anche quali sono le difficoltà di un'Amministrazione regionale che opera al meglio e cerca di mettere in campo provvedimenti sicuramente sempre nell'interesse dei cittadini. Grazie.

Presidente: La parola al collega Picarone.

Francesco Picarone, (Gruppo P.D.)**:**
Faccio un intervento molto breve, per dire poche cose, nessun intervento di merito, sono state dette tante cose tutte degne, dal mio punto di vista, di considerazione. Credo che, facendo una valutazione di quello che si è innescato con questa delibera, che definisce i tetti sulle strutture, senza cambiare l'ordine delle risorse messe a disposizione, è evidente che non poteva non generare questo solo fatto una necessità di una messa a punto, dal momento che tutta una serie di problemi che si sono verificati con la modalità precedente, poi, si verificano, anche con una distribuzione diversa, su base mensile. È evidente pure che la diversa modalità incide con dei disallineamenti, delle situazioni da rivedere, questa

disponibilità, da parte dei vertici della sanità regionale, a rivedere quest'impostazione, è evidente questa disponibilità visto che già si parla di un nuovo intervento di delibera da qui a qualche tempo. Questo significa pure che questa situazione ci dà l'occasione per entrare nel merito di una situazione che, comunque, aveva dei punti di criticità che non erano stati risolti, sia con i tetti di branca sia con i tetti di struttura, i problemi o per un verso o per un altro rimangono. Sono problemi di risorse? Credo che ci sia un problema di razionalizzazione dal momento che la gran parte del budget è consumata su base privata. C'è un problema di razionalizzazione che finora non siamo riusciti a risolvere, che per questa strada potremmo cominciare anche, in qualche maniera, a risolvere. Personalmente sono dell'opinione che vada percorsa tra strada di una concertazione ampia con tutte le associazioni di categoria, da quelle dal lato dell'utente a quelle più direttamente impegnate nell'erogazione delle prestazioni accreditate, quindi, le associazioni di categoria, la concertazione, il percorso, sono per condividere e integrare la mozione che ha predisposto la collega, quindi, l'impostazione mi convince, dall'altra parte si muove nel solco delle cose su cui sta lavorando anche ampiamente la sanità regionale, quindi la parte operativa e decisionale della Regione Campania. Questo è un percorso che penso, personalmente, possiamo condividere e attivare nei prossimi giorni per arrivare ad un testo condiviso che sia di aiuto alla soluzione complessiva del problema e che possa raccogliere anche gli intenti e le posizioni complessive del Consiglio regionale come abbiamo fatto anche in altre occasioni, quindi, su quest'impostazione l'attivazione, per esempio, del CUP, ci sta lavorando la Regione, dobbiamo, secondo me, mettere a punto una serie di cose: attivazione del CUP, garanzia delle prestazioni già dalla presa in carico, il potenziamento del ruolo pubblico, che pure è una cosa importante, l'efficienza dell'utilizzo della diagnostica per immagini secondo quelle che sono le linee guida, il potenziamento, un po', di tutto questo comparto è necessario e il riequilibrio alla luce del fatto che siamo sul regime di tipo mensile, di struttura, questa cosa, chiaramente, ha allarmato molti perché, ovviamente, costringe ad essere più razionali, più specifici e a tenere conto di quelle che sono le criticità che poi si ribaltano sulla struttura e che nel mare magnum del tetto di branca, magari, vengono diluite anche se poi hanno lasciato molti problemi, per esempio, alcune associazioni hanno evidenziato ancora questioni che riguardano la definizione di contenziosi che sono ancora sul tavolo, quindi i problemi ci sono, che, poi, si riflettono anche qui sul Bilancio regionale, ma anche sul Bilancio delle aziende che poi operano e lavorano, quindi, dobbiamo distribuire il più possibile certezze sapendo che non siamo soltanto al cospetto di una problematica di Bilancio, ma soprattutto al centro dobbiamo mettere la necessità di garantire le prestazioni ai cittadini – abbiamo l'obbligo di tutti farlo, sapendo che le risorse non sono infinite e che abbiamo fatto passi in avanti importanti riguarda anche l'uscita del commissariamento e quanto altro – sapendo che dobbiamo fare conto con delle risorse che non sono infinite e che su queste risorse, tirate al massimo, ampliate al massimo, dobbiamo contare per garantire la salute ai cittadini e i livelli di assistenza ottimali. In questo dobbiamo tutti, secondo me, fare uno sforzo che va in un'unica direzione, remare tutti dalla stessa parte, quindi, salvaguardando l'impianto complessivo della sanità pubblica, quello della sanità privata e dei Bilanci rispettivi, partendo, però, dalla salute dei cittadini, perché tutto si deve tenere insieme. Su questo sforzo credo che nei prossimi giorni, anche lavorando a questo testo definitivo della mozione che ha predisposto la collega, possiamo dare il nostro contributo, accogliendo anche molte delle indicazioni che sono venute già da questa discussione.

Presidente: La parola a Bruna Fiola.

Carmela Fiola, (Gruppo P.D.)**:**
Grazie Presidente, grazie per la possibilità che ci ha dato oggi pomeriggio di ascoltare gli operatori del settore e di entrare anche nel merito della delibera che possiamo definire rivoluzionaria. Forse è vero che c'era bisogno di un periodo di transizione, ma le rivoluzioni devono iniziare sempre da qualche parte. Se ci siamo lamentati finora che non era più possibile sostenere una condizione nella quale a settembre arrivavamo, le persone non si potevano più curare, praticamente c'era bisogno di questa delibera che so a breve verrà anche rivista, perché ci sono delle altre delibere in corso e delle altre decisioni proprio per aggiustare il tiro di questa delibera, ma noi

dobbiamo partire da una considerazione fondamentale che ci siamo sempre detti e che richiamiamo ogni volta che si parla di sanità: dobbiamo ripartire dal territorio e dalla sanità pubblica, perché è proprio da questo che dobbiamo iniziare. Il privato c'è, ci deve essere, dobbiamo dare tutto il sostegno al privato perché è stato quello che finora ci ha permesso di garantire la salute e la prevenzione per il diritto alla salute dei nostri cittadini, ma ci dobbiamo organizzare anche sulla rete territoriale e su quello che possiamo fare con la sanità pubblica perché il territorio è la prossimità che offre il privato, dovremmo offrirla anche noi come pubblico, è per questo che condivido gran parte della risoluzione d'indirizzo che ha presentato la consigliera Ciarambino, ovviamente, poi la discuteremo nelle sedi opportune per implementarla, anche con la discussione, con gli spunti che sono giunti dalla discussione odierna, senza voler escludere nessuno da questo discorso, perché tutti – dico veramente tutti – sono utili alla discussione e a garantire il diritto alla salute dei nostri cittadini, però, dobbiamo partire da una considerazione che è stata fatta dall'Assessore, che non è un problema di budget, perché, insomma, da questo bisogna partire. Riorganizzazione, ci stiamo mettendo sulla giusta via per modificarla, però, dobbiamo essere tutti coerenti che non si tratta di una questione di budget, ma di organizzazione e soprattutto d'implementazione di quella che è l'offerta sanitaria. Sto leggendo anche degli interventi in chat e hanno ragione, la Regione ha dei poteri sostitutivi, la Regione deve garantire e deve anche vigilare su quello che fanno le A.S.L., su quello che sono i distretti, su – come diceva la consigliera Ciarambino e anch'io sono intervenuta varie volte – come vengono utilizzati i macchinari, perché anche lì c'è un investimento di risorse che va, poi, giustificato, quindi, sono sicura che dalla discussione odierna riusciremo ad organizzare al meglio la struttura e a sviscerare meglio la questione che, ovviamente, verrà affrontata in Commissione al più presto e anche di questo ti ringrazio.

Presidente: Grazie. Tocca a te Assessore. Grazie.

Ettore Cinque, (Assessore al bilancio – finanziamento del servizio sanitario regionale)**:**
Ringrazio tutti gli intervenuti. Devo dire mi è sembrata una discussione molto utile, a dire il vero più per gli interventi dei Consiglieri e di tutte le associazioni, non fosse altro che le cose che dicono le associazioni le conosco bene, con molti di loro ci confrontiamo quotidianamente, poi, alla fine, il leitmotiv del fabbisogno tradiva la richiesta di maggiori risorse, parliamoci chiaramente, perciò avevo fatto una premessa: "Le risorse sono quelle, stiamo lavorando per averne altre, le vogliamo anche mettere sul privato, ma con sistemi diversi. Questa è l'equazione, però, prima di rispondere datemi un po' di tempo, perché le cose sono tante e anche molto delicate e d'impatto. Voglio dire alla consigliera Muscarà che l'Assessore alla Sanità è il Presidente che, ovviamente, mi ha chiesto di essere qui oggi per rappresentarlo, non è che sia venuto l'Assessore al Bilancio. In questo voglio dire a tutti, con grande chiarezza, che i provvedimenti di cui stiamo parlando non muove affatto da questioni bilancistiche e il fatto che io sia qui oggi e che me ne sia un po' occupato organizzativamente di quel provvedimento, di condividerlo con il Presidente, di discuterlo molto con il Presidente, perché sapevamo che era una rivoluzione, Bruna Fiola lo ha detto chiaramente, non avevamo il tempo di fare una concertazione così ampia, ex ante, peraltro avete anche tutti assistito a quanto è difficile fare una concertazione ampia su un tema così. Non ci siamo mossi da questioni economiche o di Bilancio, ma veramente vorrei, ora, provare a spiegare, cogliendo alcuni degli interventi che i Consiglieri hanno fatto, la prospettiva del paziente che è l'unica prospettiva che ci guida ormai da anni nella sanità ed io, veramente, in modo accorato, vi chiedo di dare fiducia a quest'Amministrazione in questa rivoluzione, veramente ve lo chiedo. Qualcuno ha parlato di Covid, di contrasto alla pandemia. Forse due anni fa tremavamo tutti, considerando anche un po' la difficoltà organizzativa di un sistema sanitario che veniva da dieci anni e tutte le cose che conoscete benissimo, eppure, siamo stati compatti, abbiamo avuto una guida lungimirante e mi sembra che abbiamo tenuto. Perché dico: "Dateci fiducia"? Perché è ovvio che gennaio, quando gli operatori hanno letto la delibera il 3 gennaio, c'è stato lo sconquasso, non è che non lo sapevamo. Colgo l'occasione per scusarmi anche, perché sarebbe stato meglio se avessimo discusso per due anni, le virgole, i punti e virgola. Nel decreto legge del 2020, lo ha detto Bruno Iaccarino, lo avevamo scritto che saremmo passati, che avremmo valutato, che avremmo ragionato,

abbiamo nominato una Commissione di Controllo sulla Specialistica che ci ha dato degli elementi che poi ci sono serviti per la decisione, ma abbiamo anche capito che il quadro delle associazioni era molto segmentato e differenziato e, probabilmente, un provvedimento così complesso, anche in così d'impatto, gli anticorpi sarebbero usciti troppo in anticipi. Perché dico che la prospettiva è quella del paziente? Qualcuno lo ha detto, mi sembra lo abbia detto il dottor o l'avvocato Spirito. Qua stiamo dicendo che gli ultimi 10 giorni di ogni mese ci si ferma, ma, secondo voi, mettiamoci nella prospettiva di un paziente che deve prenotare una prestazione nei primi mesi dell'anno piuttosto che a ottobre, mettiamoci nella condizione che questa prestazione sia abbastanza importante se non urgente, che magari urgente è troppo, direi breve e differibile, in quella fascia tra 10-60 giorni. È preferibile telefonare ad un centro? Anche io, come tutti voi, il 50 per cento di tutti i cittadini campani quando hanno una ricetta di un medico di base che prevede una prestazione specialistica, chiamano direttamente al centro privato, non è che fanno prima la trafila del pubblico: è giusto, è sbagliato. Perciò ribadisco: è una potenza di fuoco che va valorizzata, perché sono centri che danno una risposta fortissima, veloce. È preferibile sentirsi dire che bisogna aspettare due settimane, tre settimane, quattro settimane anche? Nel privato dico, a gennaio? A febbraio? No, venga il 15 marzo. In tutta Italia è così, nelle Regioni benchmark che ha preso il riferimento il Commissario Ad Acta per il fabbisogno, cioè: Emilia, Marche, Umbria, Piemonte e Veneto, lui fa dei grafici bellissimi, in tutte queste 5 Regioni che ha preso a benchmark per la Campania, non ha preso il Lazio, non ha preso il Molise, non ha preso la Lombardia, sono 5 Regioni dove il privato, mediamente, pesa tra il 5 e il 10 per cento, esattamente la piramide capovolta rispetto alla Campania. In quelle Regioni lì ci sono i tempi d'attesa del Piano Nazionale: 4 mesi programmati, 60 giorni differiti o 30. È normale che sia così. Il problema delle liste d'attesa non è solo della Campania, è di tutta Italia, perché quando il sistema sanitario è universalistico, ovviamente, c'è la lista d'attesa, non c'è uno sbarramento a monte, ma devi un attimo aspettare. Nella prospettiva del paziente è preferibile che i nostri centri privati, e in questo veramente faccio un appello forte ad aiutarci ad assecondare, a non diffondere il panico nella clientela a dire: "Venite il primo giorno del mese perché altrimenti chiudiamo tutto", fatevi una lista programmata. Abbiamo imposto, dal primo febbraio, la biffatura delle classi di priorità su tutte le prestazioni, prima non era così. A questo punto il medico di base, che è l'unico che ha il pallino in mano della situazione, perché è l'unico che conosce il vero problema del paziente, è l'unico che può dire se quella prestazione che stiamo vedendo è urgente, è programmabile o sta nella via di mezzo. Far aspettare il giusto per le classi di priorità a tutti i pazienti, anche all'inizio dell'anno, garantisce che il paziente grave, che ad ottobre deve fare una cosa urgente, trovi lo spazio. Questo è il vero punto della questione, non è il Bilancio, non sono i fondi, non è la *spending*. Ho detto che stiamo battagliando per avere più soldi, alcuni già li abbiamo avuti per il recupero delle liste d'attesa anche nel 22 e li metteremo anche a favore del privato, è notizia che do, ma con un sistema di regole che pian piano deve cambiare e ci dovete aiutare perché vogliamo valorizzare la professionalità, la competenza, l'efficienza, l'efficacia, la qualità del sistema privato. Parallelamente stiamo per adottare un provvedimento in cui diamo dei target di produzione alle aziende pubbliche. Sentivo anche giustamente parlare, ovviamente, capite bene che chi sta quasi quotidianamente su questi problemi le cose che state sollevando le vede proprio nel quotidiano, quindi, non siamo ciechi, ci siamo resi conto che dovevamo fare una scandagliatura dei punti di offerta del pubblico e, ovviamente, senza fare ripercussioni, senza dare target assolutamente ideali, basterebbe quel 5-10 per cento anno su anno d'incremento di produzione, con un sistema anche d'incentivazione, a cascata, che ci fa fare un piccolo passo in avanti, quindi, da un lato abbiamo un sistema privato che si deve un po' allineare a quelle che sono le direttive che in tutta Italia si seguono su queste prestazioni, dall'altro lato abbiamo un sistema pubblico che deve recuperare un po' di produttività perché è stato detto, lo abbiamo scritto nella delibera, non è una cosa poco nota: 55 per cento dei punti di offerta di queste prestazioni è pubblico, il 45 per cento è privato, il 55 per cento pubblico produce il 10-15 per cento rispetto al privato che, invece, produce l'85, a volte anche il 90 per cento delle prestazioni. Un problema di produttività c'è, ma poiché siamo uomini pragmatici, sappiamo anche che gli strumenti che il privato ha per promuovere la produttività sono per il pubblico quasi inarrivabili, ma da

questo a dire che non si possa provare a fare uno scarto in avanti ce ne passa. Questa è la linea che la Regione vuole seguire. È stato detto 2020-2021. Signori, dobbiamo dirci con grande chiarezza che anche nel 2020 e nel 2021, i tetti di spesa si sono esauriti anzi tempo. Forse il 20 siamo arrivati a novembre, a fine ottobre, saremmo arrivati, invece, ad inizio settembre, ma non è che il 20 le strutture non hanno prodotto, hanno prodotto meno nel tetto di spesa, quindi, poiché noi, per la percentualizzazione per stabilire le fette di quella torta unica – quindi i tetti di struttura – lo abbiamo fatto in funzione della produzione del 20 e del 21 per i mesi di copertura tetto, praticamente, vi assicuro che i risultati li avremmo avuti usando il 19 sarebbero stati, praticamente, quasi identici, ma poiché ci potrebbe essere qualche struttura che dice che si è fermata nel 20 più di altre, allora abbiamo chiesto alle ASL anche il 18 e il 19, avremo un set di dati molto più ampio e, quindi, poi faremo delle delibazioni un po' più approfondite. Ho fatto prima riferimento alla questione CUP regionale. Attenzione, non è che se non c'è il CUP regionale i tetti di struttura non valgono. Ho parlato di un mosaico con varie tessere che comporranno una programmazione di respiro, dove la Regione proverà a cambiare passo su un settore dove da sempre ha una spina nel fianco. Tra queste tessere c'è il CUP regionale, ma oggi i centri privati a cui i pazienti accedono direttamente con i CUP dei centri privati, non è che il paziente non può prenotare perché non c'è il CUP regionale, attenzione. Sul CUP regionale vi do una notizia: praticamente 6 ASL su 7 già hanno il CUP regionale, Caserta è entrata il primo febbraio, Salerno entrerà il primo marzo, ci sono già 4 aziende ospedaliere, dobbiamo completare le altre. Stiamo aspettando di avere una massa critica importante per mettere sopra a questo CUP regionale anche dell'interfaccia per gli utenti, intendo: App, portali, che possano accedere direttamente con gli strumenti che ormai molti di noi abbiamo imparato a conoscere, per cui, la trasparenza di sapere se quella radiografia si fa prima, magari, in Provincia di Salerno e, quindi, mi conviene fare 20 chilometri e me la vado a prenotare senza che devo chiamare a 7 CUP diversi. Questa è una cosa che avverrà a breve. Una volta che abbiamo completato il pubblico, inizieremo con il privato chiedendo al privato chi prima vuole aderire al nostro CUP, poi, piano piano ci sarà tempo, perché sono centinaia di operatori, ma, voglio dire, è già predisposto per accogliere anche le agende del privato. PNRR e chiudo. In questo mosaico di cui parlavo prima c'è in PNRR. Missione 6, Case della Comunità, Ospedale della Comunità, Centrali Operative Territoriali, a breve esce il DM del Ministero della Salute di riparto delle risorse, la Campania, beneficiando del 40 per cento, ma sulle Case della Comunità addirittura abbiamo – come Mezzogiorno – addirittura il 45 per cento per una battaglia tutta campana che abbiamo fatto. Avremo ingenti risorse, siamo già su una programmazione abbastanza avanzata, è ovvio che la struttura di offerta dell'assistenza territoriale con il PNRR cambierà profondamente e in qualche misura anche questo potenziamento del pubblico che dobbiamo avviare da subito, ma lì avrà un'accelerazione formidabile perché nelle Case della Comunità e nell'Ospedale della Comunità il cittadino, soprattutto il cronico, avrà già anche accesso, oltre che alle visite, ad una prima diagnostica, quindi, in qualche modo, potremo provare a riequilibrare il rapporto pubblico-privato senza togliere al privato, ma crescendo come pubblico, garantendo più qualità ed efficienza alle prestazioni per i nostri cittadini, il cui diritto alla salute, vi assicuro, è l'unico tema a cui la Giunta regionale, presieduta dal Presidente De Luca, pensa, non ad altro. Grazie.

Presidente: Grazie all'assessore Ettore Cinque, grazie al direttore generale Postiglione, grazie a tutti voi, grazie a chi ha partecipato a questa riunione. Chiudo l'audizione. Per quanto riguarda la convocazione di commissione, sarà fatta attraverso mezzi ordinari. Grazie, buonasera a tutti.

I lavori terminano alle ore 17.00.